



3 1761 11970925 1



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709251>

CAI
XC28
-1139

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Thursday, September 19, 1991
Wednesday, October 30, 1991

Le jeudi 19 septembre 1991
Le mercredi 30 octobre 1991

Chair: Barbara Greene

Présidence: Barbara Greene

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the Status
of Women**

**Santé et du Bien-être
social,
des Affaires sociales,
du troisième âge et
de la condition
féminine**

RESPECTING:

CONCERNANT:

Future Business

Travaux futurs

Pursuant to Standing Order 108(2), study of the National
AIDS Strategy

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, étude sur
la Stratégie nationale sur le sida

APPEARING:

COMPARAÎT:

The Honourable Benoît Bouchard, Minister of National
Health and Welfare

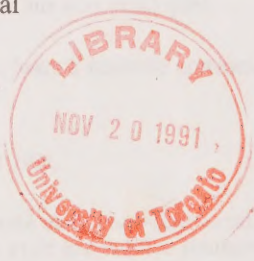
L'honorable Benoît Bouchard, Ministre de la Santé
nationale et du Bien-être social

WITNESSES:

TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)



Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, SEPTEMBER 19, 1991

(6)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:35 o'clock a.m., this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow and Stan Wilbee.

Acting Member present: Lawrence MacAulay for David Walker.

Other Member present: Dave Worthy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Committee considered its future business and it was agreed,—That, the Minister of National Health and Welfare be invited to appear as soon as possible to discuss various health issues.

Barbara Sparrow tendered her resignation as Vice-Chair of the Committee.

On motion of Barbara Sparrow, Jean-Luc Joncas was elected Vice-Chairman of the Committee.

Rey Pagtakhan moved,—That, pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Sub-Committee examine some aspects of health affecting senior citizens.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

At 10:04 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, OCTOBER 30, 1991

(7)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:32 o'clock p.m., this day, in Room 237-C, Centre Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow and Stan Wilbee.

Acting Member present: Chris Axworthy for Jim Karpoff and Christine Stewart for David Walker.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Tom Curren, Research Officers.

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 19 SEPTEMBRE 1991

(6)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 9 h 35, dans la salle 208 de l'édifice du Centre, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Lawrence MacAulay remplace David Walker.

Autre député présent: Dave Worthy.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le Comité examine ses travaux à venir et il est convenu,—Que le ministre de la Santé et du Bien-être social soit invité le plus tôt possible pour discuter de certaines questions de santé.

Barbara Sparrow remet sa démission du poste de vice-présidente du Comité.

Sur motion de Barbara Sparrow, Jean-Luc Joncas est élu vice-président.

Rey Pagtakhan propose,—Conformément au paragraphe 108(1), que soit constitué un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, comprenant de trois à cinq membres nommés par le président après les consultations d'usage, et qu'il ait tous les pouvoirs du Comité sauf celui de faire rapport à la Chambre; qu'en application du paragraphe 108(2), le sous-comité examine certains aspects de la santé concernant les personnes âgées.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

À 10 h 04, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MERCREDI 30 OCTOBRE 1991

(7)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à 15 h 32, dans la salle 237-C de l'édifice du Centre, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Chris Axworthy remplace Jim Karpoff; Christine Stewart remplace David Walker.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Tom Curren, attachés de recherche.

Appearing: The Honourable Benoît Bouchard, Minister of National Health and Welfare.

Witnesses: From the Department of National Health and Welfare: François Pouliot, Senior Assistant Deputy Minister; Barbara Naegele, Acting Executive Director, National AIDS Secretariat; Dr. Bert Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Michael O'Shaughnessy, Acting Director General, Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch; Amelita Armit, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch; Neil Faulkner, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to a study of the National AIDS Strategy.

The Minister made an opening statement.

Rey Pagtakhan moved,—That the Committee proceed with 10 minute rounds for questions beginning with the Opposition Parties.

After debate, the Chair ruled that since there is no set procedure for questioning the Chair will allow one opening question from each member as they indicate their desire to ask a question to the Chair and further questions on the same basis.

Whereupon Rey Pagtakhan appealed the decision of the Chair.

And the question being put on the decision, it was, by a show of hands, sustained: Yeas: 4; Nays: 3

The Minister and the witnesses answered questions.

It was agreed,—That Orders in Council P.C. 1991-1414, 1991-1391 and 1991-1622 be adopted by the Committee.

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

Comparaît: L'honorable Benoît Bouchard, ministre de la Santé et du Bien-être social.

Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: François Pouliot, sous-ministre adjoint principal; Barbara Naegele, directrice exécutive intérimaire, Secrétariat national sur le sida; D^r Bert Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; Michael O'Shaughnessy, directeur général intérimaire, Centre fédéral sur le sida, Protection de la santé; Amelita Armit, sous-ministre adjointe, Protection de la santé; Neil Faulkner, sous-ministre adjoint, Services médicaux.

Conformément au paragraphe 108(2), le Comité commence son étude de la Stratégie nationale sur le sida.

Le ministre fait une déclaration.

Rey Pagtakhan propose,—Que 10 minutes soit allouées à chacun pour l'interrogation, en commençant par l'opposition.

Après discussion, la présidence déclare que puisque l'attribution du temps pour les questions n'a pas été décidée, elle accordera une première question à chaque membre qui en manifestera le désir, et ainsi de suite aux tours suivants.

Rey Pagtakhan en appelle alors de la décision de la présidence.

La décision, mise aux voix à main levée, est confirmée par 4 voix contre 3.

Le ministre et les témoins répondent aux questions.

Il est convenu,—Que les décrets C.P. 1991-1414, 1991-1391 et 1991-1622, soient adoptés par le Comité.

À 17 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Wednesday, October 30, 1991

• 1532

The Chairman: I see a quorum, so I will call this meeting to order. I would like to welcome the minister to the meeting. Did you wish to raise your point of order at this time, Mr. Karpoff?

Mr. Karpoff (Surrey North): Yes. Mr. Axworthy will be sitting in on this committee and dealing with the issue of AIDS, which I think is a very important issue. He was on the ad hoc committee that dealt with AIDS, and he will be sitting in for me.

I would like to thank the minister for coming, but while he is here I would like to try to get a commitment from him to appear again before this committee before the end of the year. He has been the minister since last spring. We allowed him not to appear on estimates because he was new. There are many critical issues that this committee should be dealing with—the curtailment of established program financing, the cut-backs in research and development in health care, and the whole question of regulation of drugs and appliances around things like the Meme breast implant. We must have a commitment from the minister that he will make himself available to this committee to appear on all of these issues, not just the important issue of AIDS.

Will the minister make that commitment to come back to this committee on these broader issues before the end of this year?

Hon. Benoît Bouchard (Minister of National Health and Welfare): What do you mean by “this year”, Mr. Karpoff? Are you talking about before the end of December?

Mr. Karpoff: I mean before the end of December.

Mr. Bouchard: I will do my best. I was trying to be available as soon as I could be, but you are right, issues are complex and difficult to answer, but you have to be the best prepared. I will meet with my people and perhaps we can find a couple of hours at the beginning of December. I will do my best.

Mr. Karpoff: Thank you, I would appreciate that.

The Chairman: There are only three weeks left in this session, so that may be difficult. But the minister's office did state that he would be available later on to discuss the preliminary estimates.

Mr. Bouchard, welcome to our committee. If you would like to proceed, I am sure we will have lots of questions for you.

Mr. Bouchard: Thank you, Madam Chair. First I would like to introduce the people who are with me. Dr. Bert Liston is with the Health Protection Branch; Amelita Armit is with the Health Services and Promotion Branch; *le sous-ministre associé*, M. François Pouliot; and from the National AIDS Secretariat, Barbara Naegle. Other officers and people are just behind me. If there is any need we will call for those people.

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mercredi 30 octobre 1991

La présidente: Comme je vois qu'il y a quorum, je vais ouvrir la séance. Je tiens à souhaiter la bienvenue au ministre. Voulez-vous invoquer le Règlement maintenant, monsieur Karpoff?

M. Karpoff (Surrey-Nord): Oui. M. Axworthy va siéger à ce comité qui portera sur le sida, une question très importante. Il faisait partie du comité spécial sur le sida et il va siéger à ma place.

Je tiens à remercier le ministre d'être venu, mais pendant qu'il est ici, je voudrais qu'il s'engage à venir de nouveau avant la fin de l'année. Il a ce portefeuille depuis le printemps dernier. Nous lui avons permis de ne pas comparaître pour nous présenter son budget parce qu'il venait d'entrer en fonction. Il y a de nombreuses questions cruciales sur lesquelles notre comité devrait se pencher, telles que la réduction du financement des programmes établis et de la recherche-développement dans le domaine de la santé ainsi que la réglementation des médicaments et de choses comme la prothèse mammaire Meme. Le ministre doit promettre qu'il se mettra à notre disposition pour discuter de toutes ces questions et pas seulement de celle du sida, aussi importante soit-elle.

Le ministre peut-il s'engager à revenir devant le comité pour parler de ces questions plus générales, d'ici la fin de l'année?

L'honorable Benoît Bouchard (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Qu'entendez-vous par «cette année», monsieur Karpoff? Voulez-vous dire avant la fin décembre?

M. Karpoff: Je veux dire avant la fin décembre.

M. Bouchard: Je ferai de mon mieux. J'ai essayé de me mettre à votre disposition le plus tôt possible, mais vous avez raison de dire qu'il s'agit de questions complexes auxquelles il n'est pas facile de répondre. Néanmoins, il faut se préparer de son mieux. Je vais rencontrer mes collaborateurs et peut-être pourrions-nous trouver un moment à vous consacrer au début de décembre. Je ferai de mon mieux.

M. Karpoff: Merci, je vous en saurais gré.

La présidente: Cela risque d'être difficile, étant donné qu'il ne nous reste que trois semaines d'ici la fin de la session. Mais le Bureau du ministre nous a fait savoir qu'il se tiendra à notre disposition plus tard pour discuter des prévisions budgétaires préliminaires.

Monsieur Bouchard, vous êtes le bienvenu. Vous avez la parole et je suis certaine que nous aurons un tas de questions à vous poser.

M. Bouchard: Merci, madame la présidente. Je voudrais d'abord vous présenter les personnes qui m'accompagnent. Il s'agit du docteur Bert Liston, de la Direction générale de la protection de la santé, d'Amelita Armit, de la Direction générale des services de la promotion de la santé, du sous-ministre associé, M. François Pouliot, et de Barbara Naegle, du Secrétariat national sur le sida. Il y a d'autres personnes derrière moi. Nous ferons appel à elles en cas de besoin.

[Text]

• 1535

J'aimerais, madame la présidente, faire une présentation au départ. Ensuite, nous serons disponibles pour répondre à toutes les questions.

Madame la présidente et membres du Comité, je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour vous faire part de ce qu'a fait le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour honorer les engagements qu'il a pris dans le cadre de la Stratégie nationale sur le SIDA.

Comme vous le savez, mon prédécesseur, l'honorable Perrin Beatty, a rendu cette stratégie publique en juin 1990. Cette stratégie était le fruit d'une année de consultations menées dans tout le pays auprès des Canadiennes et des Canadiens préoccupés par cette maladie.

Des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA, des groupes communautaires, des personnes préposées aux soins des malades, des associations professionnelles, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des gens d'affaires et des syndicats ont participé à l'élaboration de cette stratégie. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle cette stratégie est enracinée dans les besoins et les préoccupations des Canadiennes et des Canadiens. Elle est également enracinée dans la nécessité de maximiser les ressources humaines et les ressources financières actuelles par une concentration des efforts sur certaines initiatives particulières.

Plusieurs membres du présent Comité—M^{me} Anderson, le D^r Pagtakhan et vous-même, madame la présidente—, par le biais de leur participation aux travaux du Comité spécial du Parlement sur le SIDA, présidé par l'honorable David MacDonald, ont aidé à la mise en place d'initiatives importantes et d'objectifs concrets dans le cadre de la stratégie nationale.

Je voudrais d'abord et avant tout souligner que je suis décidé à continuer la lutte contre le SIDA et le VIH. La Stratégie nationale sur le SIDA permet au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de réunir tous les partenaires afin de connaître leurs points de vue et de participer à divers projets concernant le SIDA.

The report you have before you today speaks of many accomplishments and many partnerships. It speaks of creativity and hard work by community groups across the country. It speaks of scientific advances, of collective and continued action by provincial governments, professional associations, non-government organizations and private industry to improve the lives of persons living with AIDS and HIV.

I should point out that this report also speaks of the commitment of individual Canadians to stopping the spread of HIV. Behind the programs and initiatives described in this report are thousands of people who have given of their time, their energy and their talent to work toward the goals of the strategy. These people deserve our admiration, our thanks, our support for the work against AIDS. I urge you to read the report. It highlights the many aspects of the work of the department in the areas of education prevention programs, research into biomedical and psycho-social issues, efforts to improve treatment and care, funding programs, and the regulation of drugs, biological products and medical devices. I

[Translation]

Madam Chair, I am going to make a presentation and then we will be available to answer all your questions.

Madam Chair, committee members. I am pleased to be here today to report to you on the progress of the Department of National Health and Welfare in meeting its commitments under the National AIDS Strategy.

As you know, my predecessor, the honourable Perrin Beatty, announced Canada's National AIDS Strategy in June 1990. This strategy was the result of one year of consultations with concerned Canadians across the country.

Persons living with HIV and AIDS, community groups, health care workers, professional associations, provincial and territorial governments, business, labour—all of these were partners in the development process. The results is a strategy rooted in the needs and concerns of Canadians. It is also rooted in the need to maximize present financial and human resources by concentrating efforts on specific initiatives.

Several members of this committee—Mrs. Anderson, Dr. Pagtakhan and yourself Madam Chair—through their work on the Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS under the chairmanship of the Honourable David MacDonald, helped establish important initiatives and concrete commitments within the National Strategy.

First and foremost, I want to stress my personal commitment to the fight against HIV and AIDS. Within the framework of the National AIDS Strategy, Health and Welfare Canada brings together all partners, seeking their views and participating in AIDS initiatives.

Le rapport qui est devant vous aujourd'hui parle de nombreux accomplissements et de nombreux partenariats. Il parle également de la créativité dont ont fait preuve les groupes communautaires canadiens et de la difficile besogne qu'ils ont accomplie, il parle des progrès scientifiques, il parle des mesures collectives et soutenues qu'ont prises les gouvernements provinciaux, les associations professionnelles, les organisations non gouvernementales et l'industrie privée afin d'améliorer le sort des personnes aux prises avec le sida et le VIH.

Je devrais également mentionner que ce rapport parle des efforts personnels faits par des Canadiennes et des Canadiens dans le but de freiner la propagation du VIH. Derrière les programmes et les entreprises dont il est question dans ce rapport se dissimulent des milliers de personnes qui ont mis leur temps, leur énergie et leur talent au service des objectifs de la Stratégie. Ces personnes méritent notre admiration, notre gratitude et notre appui pour le travail qu'elles accomplissent contre le sida. Je vous demande instamment de lire ce rapport. Il met en lumière les nombreux aspects du travail réalisé par le ministère dans les programmes d'éducation et de prévention, dans la recherche

[Texte]

also urge you to call my department officials if you want further information.

Before I go further, I would like to speak about recent comments in the media that have challenged the wisdom of providing AIDS education and prevention messages to the general public. The basis for this argument goes like this: statistics shows that AIDS is obviously a disease of gay men and therefore education campaigns that say all sexually active Canadians are at risk are misleading.

History has shown that AIDS is not a predictable disease. Ten years ago, when the first North American cases of AIDS were reported, no one predicted the devastating effects of AIDS in North America. No one predicted that ten years later, some one million adults around the world would have developed AIDS. No one predicted that today as many as ten million may have become infected with HIV. Let us hope that the World Health Organization prediction of forty million HIV-positive people worldwide by the turn of the century will not come to pass.

It is often said, however, that AIDS is only the tip of the iceberg. The real question is how many Canadians carry the virus that causes AIDS. This is a very important question, one which we must answer if we are to understand the true spread of the disease. To help answer this question, my department will continue to work with experts in the field and to examine methods for forecasting the number of HIV-infected Canadians.

HIV infections remain a genuine threat to the well-being of all Canadians. While the overwhelming majority of AIDS cases in Canada are young men, it should not be forgotten that others are vulnerable to HIV infection. Recent findings show that the number of HIV-infected women is increasing through sexual activity with infected partners and through sharing needles with HIV-infected persons. Since most of these women are of childbearing age, newborn children have also become vulnerable to infection. We must also address the growing evidence concerning the spread of HIV among aboriginal peoples, injection drug users and prisoners.

[Traduction]

sur les problèmes biomédicaux et psychosociaux, dans les efforts visant à améliorer les traitements et les soins, dans les programmes de financement et dans la réglementation des médicaments, des produits biologiques et des appareils médicaux. Je vous invite également à ne pas hésiter à communiquer avec les personnes compétentes au ministère si vous désirez obtenir des renseignements supplémentaires.

Avant d'aller plus loin, j'aimerais vous dire un mot sur les commentaires qui ont été diffusés récemment dans les médias et qui contestent le bien-fondé des messages éducatifs et préventifs sur le sida destinés au grand public. Cette contestation repose sur une argumentation qui ressemble à ceci: comme les statistiques montrent que le sida est de toute évidence une maladie qui frappe les hommes homosexuels, c'est induire les gens en erreur que d'affirmer, dans des campagnes d'éducation, que tous les Canadiens sexuellement actifs sont exposés à cette maladie.

L'histoire montre que le sida n'est pas une maladie prévisible. Il y a dix ans, lorsque les premiers cas de sida ont fait leur apparition en Amérique du Nord, personne n'a prévu alors les effets dévastateurs qu'aurait cette maladie sur le continent. Personne n'a prévu que, dix ans plus tard, environ un million d'adultes dans le monde allaient être victimes de cette maladie; personne n'a prévu que le VIH allait infecter, en 1991, jusqu'à dix millions de personnes. Espérons que la prédiction de l'Organisation mondiale de la santé, selon laquelle il y aura 40 millions de personnes infectées par le VIH d'ici la fin du siècle, ne se réalisera pas.

On affirme souvent, toutefois, que le sida n'est que la pointe de l'iceberg. La vraie question est la suivante: combien de Canadiens sont-ils porteurs du virus du sida? C'est là une question très importante, à laquelle il nous faut répondre, si nous voulons comprendre le véritable mécanisme de propagation de cette maladie. Afin d'aider à trouver une réponse, mon ministère continuera de travailler avec les spécialistes du domaine et d'examiner les méthodes utilisées pour prévoir le nombre de Canadiens infectés par le VIH.

L'infection au VIH demeure une véritable menace pour le bien-être de toute la population canadienne. Bien que les cas de sida au Canada soient surtout le fait de jeunes hommes, il faut se garder d'oublier que d'autres personnes sont vulnérables au VIH. Des enquêtes récentes révèlent que le nombre de femmes infectées par le VIH s'accroît. Elles contactent l'infection lors de relations sexuelles avec des partenaires infectés et lors du partage d'aiguilles avec des toxicomanes infectés. Comme la plupart de ces femmes sont en âge de procréer, les nouveaux-nés sont également vulnérables à l'infection. Il faut également tenir compte du fait que, selon des indications de plus en plus nombreuses, le VIH se propagerait parmi les autochtones, les toxicomanes qui se piquent et les détenus.

[Text]

After the experts have presented all their figures, the issue boils down to one question: can we afford to be complacent about HIV? The answer is no. Living with HIV is costly—physically, emotionally and socially—to individuals, their families, friends, caregivers and communities. Its effects ripple through every part of our society.

It is also sad to say that many persons living with HIV and AIDS are also living with discrimination in many areas of their lives—housing, employment, health care, and social services. A report on HIV and human rights in Canada by the National Advisory Committee on AIDS is scheduled to arrive on my desk shortly. I can assure you that it will receive my close attention.

I am keenly aware that discrimination based on sexual orientation or disability affects the quality of life of many persons living with HIV and AIDS. The lead responsibility for discrimination and human rights issues rests with the Department of Justice, but as national strategy has shown us, partnership can be a powerful instrument for action. I plan to work alongside my colleague, the Hon. Kim Campbell, to address the issue of discrimination.

Let me turn to the future. A 1990 Gallup poll showed that 90% of adults had a good level of basic facts about HIV and AIDS. Our challenge for the future will be to maintain this level of awareness, to expand our education efforts and to reduce discrimination.

At present, education remains our most important means of preventing the spread of HIV. To ensure that young Canadians are getting honest and relevant information, the department is funding a four-year collaborative research project with the Council of Ministers of Education of Canada and Queen's University to develop an AIDS and sexuality education program for thirteen- and fourteen-year-olds.

• 1545

A future challenge in this area will be to develop an action plan for the future. This is the purpose of AIDSAIDS Consensus, a forum on HIV and AIDS prevention education to take in January 1992. It will bring together representatives from many areas, including community, non-governmental, government and professional organizations.

In the last decade research has helped us learn much about how HIV and AIDS affect a person's medical, psychological, and social health, but there is still much more to know. We will need to seek answers not only to the nature of HIV but also to treat the opportunistic infections that accompany HIV infection.

[Translation]

Une fois que les spécialistes ont présenté tous les faits, il ne se pose plus qu'une seule question—pouvons-nous nous permettre de faire preuve de complaisance face au sida? La réponse doit être non. Vivre avec l'infection VIH est une entreprise qui coûte cher physiquement, émotionnellement et socialement pour les malades, leurs familles, leurs amis, les personnes qui leur administrent des soins et pour la collectivité en général. L'infection au VIH a des répercussions sur l'ensemble de notre société.

Il est également triste de dire que bon nombre de personnes victimes du VIH ou du sida sont également victimes de la discrimination à bien des égards dans leur vie: logement, emploi, soins de santé et services sociaux. Le Comité consultatif national sur le sida doit bientôt me remettre un rapport sur le sida et les droits de la personne au Canada, et je puis vous assurer que ce rapport recevra toute mon attention.

Je suis tout à fait conscient du fait que la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'invalidité diminue la qualité de vie de bon nombre de personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida. Les questions liées à la discrimination et aux droits de la personne relèvent principalement du ministère de la Justice, mais comme nous l'enseigne la Stratégie nationale, le partenariat peut être un puissant outil d'intervention à cet égard. Je me propose de collaborer avec ma collègue, l'honorable Kim Campbell, afin de résoudre le problème que pose la discrimination.

Permettez-moi maintenant de jeter un regard vers l'avenir. Un sondage Gallup effectué en 1990 nous a révélé que 90 p. 100 des Canadiens ont une bonne connaissance de base du VIH et du sida. Notre défi pour l'avenir sera de maintenir ce niveau de connaissance, d'augmenter nos efforts d'éducation et de réduire la discrimination.

À l'heure actuelle, l'éducation demeure notre principal moyen de prévenir la propagation du VIH. Soucieux de faire en sorte que les Canadiens obtiennent des renseignements honnêtes et utiles, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social finance actuellement un projet de recherche concerté d'une durée de quatre ans avec le Conseil des ministres de l'Éducation du Canada et l'université Queen's. Le but de ce projet est de mettre sur pied un programme d'éducation sur le sida et la sexualité à l'intention des jeunes de 13 et 14 ans.

Un défi qui nous attend dans ce domaine sera d'élaborer un plan d'action pour l'avenir. C'est ici qu'entre en jeu le Consensus SIDAIDS, un forum sur l'éducation pour la prévention de l'infection au VIH et du sida, qui doit avoir lieu en janvier 1992. Ce forum rassemblera des représentants de nombreux secteurs, notamment d'organismes communautaires, non gouvernementaux, gouvernementaux et professionnels.

Au cours de la dernière décennie, grâce à la recherche, nous sommes parvenus à mieux comprendre comment le VIH et le sida altèrent la santé mentale, psychologique et sociale d'une personne. Mais il nous reste encore beaucoup à apprendre. Il nous faudra trouver des réponses non seulement sur la nature du VIH, mais aussi sur la façon de traiter les infections opportunistes qui accompagnent l'infection au VIH.

[Texte]

A continued and expanded collaboration between the department's research and development program and the Medical Research Council will go a long way to ensuring that federal research funds are appropriately distributed within the Canadian research community.

Two weeks ago the new anti-HIV drug, DDI, received approval for use here in Canada. The clinical review of this drug was a joint effort of my department, the trials network, and the U.S. Food and Drug Administration. The approval of this drug highlights my department's ongoing efforts to harmonize its drug approval process with other countries.

Madame la présidente, un défi important nous attend au cours de la prochaine décennie, à savoir celui d'optimiser la qualité des soins et la qualité de vie pour les personnes infectées par le VIH. L'expression «soins optimaux» revient de plus en plus fréquemment dans nos conversations. Cette expression recouvre une approche qui fait appel à une série de mesures visant à améliorer la qualité des traitements offerts aux personnes infectées par le VIH de même que la disponibilité de ces traitements.

Son but est de réduire les barrières qui s'opposent à la mise en route d'un traitement précoce et soutenu, d'accroître le nombre de personnes formées aptes à administrer des soins aux malades et d'améliorer les mécanismes de promotion de la santé afin de permettre aux personnes infectées d'exercer un meilleur contrôle sur leur santé.

Les groupes communautaires, madame la présidente, n'ont pas ménagé leurs efforts pour communiquer le message de prévention et venir en aide aux personnes qui vivent avec le VIH et le SIDA. La plupart de ces groupes ont pu accomplir leur tâche grâce au dévouement et au dur labeur de leurs bénévoles.

Les personnes infectées par le VIH auront de plus en plus besoin du secours des organismes de service social pour faire face aux conséquences de leur maladie sur de nombreux aspects de leur vie. L'hébergement, la situation financière, la réadaptation professionnelle et les relations personnelles ne sont que quelques-uns de ces aspects.

Au cours de la prochaine année, le gouvernement fédéral continuera de financer les projets visant l'acquisition des compétences au sein du secteur du service social. Afin d'aider les organismes de service social à élaborer un plan de travail quinquennal sur le SIDA, le ministère assurera le financement d'une réunion des principaux organismes de service en janvier 1992.

La coordination, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, des programmes nombreux et complexes liés au SIDA est essentielle au respect des engagements fédéraux énoncés dans la Stratégie nationale de lutte contre le SIDA. En me basant sur l'expérience acquise au cours de la première année d'application de la stratégie et sur les réserves exprimées par nos partenaires, j'ai demandé que l'on procède à une évaluation de l'application des programmes relatifs au SIDA. En accord avec l'esprit de partenariat, cette évaluation a été effectuée en consultation avec le personnel du ministère et des principaux partenaires.

[Traduction]

La collaboration soutenue et approfondie qui existe entre le Programme national de recherche et de développement en matière de santé du Ministère et le Conseil de recherches médicales du Canada contribuera largement à faire en sorte que les fonds que le gouvernement fédéral consacre à la recherche soient distribués de manière appropriée à la communauté canadienne des chercheurs.

Il y a deux semaines, le Canada a autorisé l'utilisation du DDI, un nouveau médicament contre le sida. L'évaluation clinique de ce produit est le fruit d'un effort commun de mon ministère, du Réseau des essais cliniques et de la Food and Drug Administration des États-Unis. L'autorisation de ce médicament met en lumière les efforts permanents faits par le ministère pour harmoniser son processus d'autorisation des médicaments avec celui des autres pays.

Madam Chair, a major challenge for the coming decade must be to optimize the quality of care and the quality of life for people living with HIV. Increasingly, the term "optimal care" is finding a place in our discussions. Optimal care describes an approach that calls for a combination of initiatives to improve the quality and availability of treatment for HIV-positive persons.

It aims to reduce barriers to early and sustained treatment. It aims to increase the availability of trained health care providers. It aims to improve health promotion approaches to enable people to increase control over their health.

Madam Chair, community groups have worked hard to deliver the message of prevention as well as provide support to persons living with HIV and AIDS. Most of these groups have provided these services through the dedication and hard work of their volunteers.

Increasingly, persons living with HIV will need the help of social service agencies to deal with the many parts of their lives that are affected by their illness. Housing, finances, vocational rehabilitation and personal relationships are but a few of these areas.

Over the next year, the federal government will continue to fund skill development initiatives within the social service sector. And, to help social service agencies develop a work plan on AIDS for the next five years, my department will fund a meeting in January 1992 of key social services organizations.

Coordinating the many and complex AIDS-related programs in my department is central to meeting the federal commitments contained in the National AIDS Strategy. Based on the experiences of the first year of the Strategy and on the concerns raised by our partners, I asked for a review of key elements of our program delivery structure. In keeping with the spirit of partnership, this review is conducted in consultation with departmental staff and our major partners.

[Text]

J'ai le plaisir de vous annoncer que cette évaluation est maintenant terminée, et je suis convaincu que les changements annoncés permettront une meilleure prestation des programmes, des services et de l'expertise ayant trait au SIDA.

En outre, ces modifications permettront de mettre en évidence les activités fédérales dans le domaine du SIDA et de justifier l'emploi des fonds qui y sont consacrés.

• 1550

Les détails de ces modifications sont précisés dans la documentation que vous avez devant vous. Certaines des caractéristiques importantes peuvent se résumer ainsi:

- le Secrétariat national sur le SIDA servira de point de convergence pour les questions liées au SIDA au palier fédéral;
- un nouveau service sera créé pour s'occuper des questions liées aux soins et aux traitements; et
- la recherche effectuée en laboratoire sur le VIH et le SIDA sera consolidée par une intégration au laboratoire de lutte contre la maladie.

Je puis vous assurer, madame la présidente, que ces modifications reflètent l'engagement pris par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social vis-à-vis de la Stratégie nationale sur le SIDA. Elles n'entraîneront pas de réduction dans les budgets ou dans le nombre de personnes-années consacrées aux activités de lutte contre le SIDA au palier fédéral. L'ensemble des fonctions et des initiatives actuellement en place seront maintenues.

Madame la présidente, lorsque je passe en revue ce qui a été accompli dans le cadre de la Stratégie nationale, je suis frappé par le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui ont contribué, tant à titre individuel que collectif, à freiner la propagation du VIH et à soutenir les malades qui ont besoin de soins et de réconfort.

Il est inutile que je vous signale que le programme national que nous nous sommes donné est complet, mais il faut néanmoins veiller à ce que la lutte contre le SIDA continue d'occuper une place de choix sur notre liste de priorités. L'infection par le VIH ne connaît aucune frontière, qu'elle soit géographique ou politique. Je suis persuadé que si l'on fait fi de la propagation du virus du SIDA au Canada, nous nous exposerons à compromettre l'avenir social et économique de l'ensemble de la population canadienne.

Nos efforts peuvent réduire à la fois la souffrance humaine engendrée par cette maladie et les coûts imputables aux soins, aux traitements et aux services de soutien. Seuls des efforts soutenus nous permettront d'atteindre notre objectif commun: mettre un frein à la propagation du VIH au Canada.

Nos succès passés ont été fondés sur le partenariat et il continuera d'en être ainsi à l'avenir.

Madame la présidente, je vous remercie, ainsi que les membres du Comité, de m'avoir autorisé à prendre la parole devant vous. Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

[Translation]

I am pleased to announce that this review is now complete, and I am confident that the changes will result in better delivery of AIDS-related programs, services and expertise.

Moreover, these changes will ensure that there is continued visibility and accountability for federal activities in the AIDS field.

Details of these organizational changes are outlined in the package of material you have before you. Briefly, some of the important features are:

- the National Aid Secretariat will serve as the focal point for AIDS-related issues at the federal level.
- a new unit will be created to deal with care and treatment issues; and
- HIV and AIDS-related laboratory research will be strengthened by becoming part of the Laboratory Center for Disease Control.

Let me assure you, madam Chair, that these changes reflect the commitment of my department to the National AIDS Strategy. These changes will not mean reductions in budgets or person-years for AIDS activities on the federal level. All existing functions and initiatives will continue.

Madam Chair, when I review what has been achieved under the National Strategy, I am struck by the number of Canadians who have contributed to stopping the spread of HIV and to helping those in need of support and care.

I do not have to tell you that our national agenda is full, but we must ensure that AIDS remains high on our list of priorities. HIV knows no boundaries be they geographical or political. It is my belief that to ignore the spread of the AIDS virus in Canada is to jeopardize the social and economic future of all Canadians.

Our efforts can both reduce human suffering and the cost of care, treatment and support services. Nothing less than a sustained commitment will get us to our collective goal—stopping the spread of HIV in Canada.

Our success in the past has been founded on partnership and it will continue to be so in the future.

Madam Chair, I wish to thank you and the committee for allowing me to talk to you today. We are now ready to answer your questions.

[Texte]

The Chairman: Thank you very much. For the information of the committee, the minister can stay with us until 5 p.m., so that should be a good opportunity for us all to ask questions. I will be recognizing the members when they indicate they wish to ask a question, and all members will get an opportunity to ask a question before second questions.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Madam Speaker, on a point of order, I would like to remind the chair it has been a long-established tradition of Parliament and all committees that the official opposition is reserved the first ten minutes, and the official opposition uses that time in the best possible way, and that the next opposition uses the next ten minutes, and then it goes to the government. We agreed on this during the last time. Now you are reintroducing the same old debate, Madam Chair, and I object to that.

The Chairman: Well, we did have this discussion before. There is no procedural bylaw. There is something new; namely, our party is insisting on our members being treated equally. I think you should not be terribly concerned, because I am sure you will have every opportunity to ask questions, so I will be proceeding as discussed. The first questioner is Barbara Sparrow.

Mrs. Sparrow (Calgary Southwest): Thank you, Madam Chair, and welcome—

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, I indicated when I came in here, almost ahead of all members, to the clerk that I would like to reserve to pose the first question. What is going on, Madam Chair?

The Chairman: You did not say that. You didn't do that, but—

Mr. Pagtakhan: Sure I did. Mr. Clerk, did I not tell you? Could you confirm, please?

The Chairman: Did you tell him?

Mr. Pagtakhan: Yes.

The Chairman: He has not told me. We will let you go first then. Okay.

Mr. Pagtakhan: And I reserve the first ten minutes, Madam Chair.

The Chairman: No, you cannot. You have the opportunity to ask one question. If you do not like my ruling, then I suggest you challenge the ruling of the chair and we will decide again.

Mr. Pagtakhan: I challenge the ruling of the chair at this point, Madam Chair.

The Chairman: Okay. All in favour of upholding the ruling of the chair? Opposed? Okay, that is carried. Now would you ask your question?

Mr. Pagtakhan: Mr. Minister, you have seen a change in rules imposed by a majority government. This is a sad day for Canada, even at the parliamentary level, and I hope you will bring this message to the Prime Minister.

[Traduction]

La présidente: Merci beaucoup. Je voudrais informer le comité que le ministre peut rester jusqu'à 17 heures. Donc, nous allons tous avoir l'occasion de lui poser des questions. Je donnerai la parole aux membres qui m'indiqueront qu'ils veulent poser une question, et tous les membres auront l'occasion de poser une question avant une deuxième ronde.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Madame la présidente, je désire invoquer le Règlement. Je tiens à vous rappeler que selon une vieille tradition au Parlement et dans tous les comités, les dix premières minutes sont réservées aux députés de l'opposition officielle, qui essaient de faire la meilleure utilisation possible de ce temps. Les autres députés de l'opposition ont droit aux dix minutes suivantes, et ensuite on donne la parole aux députés ministériels. Nous avons convenu de procéder de cette façon lors de la dernière réunion. Maintenant vous relancez le même vieux débat, madame la présidente, et je m'y oppose.

La présidente: C'est vrai que nous avons déjà parlé de cette question. Il n'existe aucune règle de procédure à ce sujet. La nouveauté, c'est que notre parti insiste que nos membres soient traités sur un même pied d'égalité. Vous ne devrez pas vous inquiéter tellement, car je suis certaine que vous aurez la possibilité de poser toutes les questions que vous voudriez. Donc, j'ai l'intention de procéder comme je viens d'expliquer. Barbara Sparrow va poser la première question.

Mme Sparrow (Calgary-Sud-Ouest): Merci, madame la présidente. Je désire souhaiter la bienvenue. . .

M. Pagtakhan: Madame la présidente, quand je suis venu ici, avant presque tous les autres membres, j'ai dit au greffier que je voulais poser la première question. Qu'est-ce qui se passe, madame la présidente?

La présidente: Vous n'avez pas dit cela. Vous n'avez pas fait cela, mais. . .

M. Pagtakhan: Si! Monsieur le greffier, je ne vous ai pas dit cela? Pourriez-vous confirmer?

La présidente: Vous le lui avez dit?

M. Pagtakhan: Oui.

La présidente: Il ne m'a rien dit. Alors, nous vous permettons de commencer. Très bien.

M. Pagtakhan: Et je me réserve les dix premières minutes, madame la présidente.

La présidente: Impossible. Je vous donne l'occasion de poser une question. Si ma décision ne vous plaît pas, je suggère que vous contestiez la décision de la présidence; et nous prendrons une décision encore une fois.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, je conteste la décision de la présidence.

La présidente: Très bien. Tous ceux qui désirent soutenir la décision de la présidence? Contre? La motion est adoptée. Alors, voulez-vous poser votre question?

M. Pagtakhan: Monsieur le ministre, vous voyez comment un gouvernement majoritaire peut imposer un changement des règles. C'est un jour triste pour le Canada, même au niveau du Parlement, et j'espère que vous allez transmettre ce message au premier ministre.

[Text]

[Translation]

• 1555

Mr. Minister, I thank you for your appearance before our committee. There have been cuts in many social programs, such as the clawback on old age security, family allowance payments, and the withdrawal of financial services, contributions to cost-shared programs supporting social services and post-secondary education and health care. When we jeopardize our national care system, any strategy we had for AIDS will become meaningless, Mr. Minister.

On this point, I would like to ask one question with two subquestions interrelated. Would you assure the committee that, in the current constitutional proposal, medicare is not in jeopardy as a universal system, and that therefore the AIDS strategy program can be operative? Also, why have you not responded to the recommendation of the ad hoc committee on AIDS, which you have alluded to, to its recommendation that there be a special joint committee of Parliament to monitor the national AIDS strategy implementation?

Mr. Bouchard: You asked me if medicare is threatened by the constitutional proposals. Personally, I have not seen anything in the federal proposal which could cause the health care system to be changed.

Will provinces make any proposal? I cannot foresee what will be done. This morning I said to the children's groups I met with that in my view, as far as I and the government are concerned, there is no reason we should change the five principles of the health care system that we know... that we would change the policy itself, which is applied within the five principles, in terms of medical services or in a hospital by a doctor.

Having said that, of course, I disagree with you that our health care system has been threatened or has been jeopardized by what we have done in terms of financial policies. As I said this afternoon in another room, we need resources before spending the money, and that is what we do. We are spending the money we have. I believe the health care system will not be touched. It is my personal view that I will even defend. I do not know if you saw what I said yesterday—it was in a French newspaper—that I am personally very skeptical about any user fee or any tax dealing with the health care system, because I believe that it will touch more people, which are the poorer groups.

I do not believe there is any reason to change the AIDS strategy, in terms of resources which have been allocated, if that was your second question. I confirm that the resources are there until 1993 and they will remain. There is no cut in those resources.

With regard to a special committee of Parliament, we consider that as soon as members want to have discussion or have a report from the minister of the department or be in touch regarding any issue dealing with AIDS, we have the

Monsieur le ministre, je vous remercie de comparaître devant le comité. On a réduit de nombreux programmes sociaux, comme la sécurité de la vieillesse et les allocations familiales, et l'on a supprimé certains services financiers, des contributions à des programmes à frais partagés en matière de services sociaux, d'enseignement post secondaire et de soins de santé. Si nous compromettons la survie de notre système national de soins de santé, toute stratégie de lutte contre le sida sera vouée à l'échec, monsieur le ministre.

À ce sujet, j'aimerais vous poser une question principale et deux questions secondaires qui s'y rattachent. Pouvez-vous donner au comité l'assurance que, dans la proposition constitutionnelle, l'universalité des soins de santé n'est pas compromise, et que, par conséquent, la stratégie nationale sur le sida peut s'avérer efficace? En outre, pourquoi n'avez-vous pas donné suite à la recommandation du comité spécial sur le sida, auquel vous avez fait référence, qui avait recommandé la création d'un comité mixte spécial du Parlement pour surveiller la mise en application de la Stratégie nationale sur le sida?

M. Bouchard: Vous me demandez si les propositions constitutionnelles menacent le régime de soins de santé. Pour ma part, je ne vois rien dans la proposition fédérale qui puisse modifier le régime de soins de santé.

Est-ce que les provinces feront des propositions? Je ne peux pas prédire l'avenir. Ce matin, j'ai dit aux groupes d'enfants que j'ai rencontrés, qu'à mon avis, en ce qui me concerne et en ce qui concerne le gouvernement, il n'y a aucune raison de modifier les cinq principes qui sous-tendent le régime de soins de santé tel que nous le connaissons... de changer la politique, dont l'application correspond aux cinq principes, qu'il s'agisse des services médicaux fournis dans un milieu hospitalier ou par un médecin dans son cabinet.

Cela étant dit, bien sûr, je ne suis pas d'accord avec vous quand vous dites que le régime des soins de santé est menacé ou compromis par nos politiques financières. Comme je l'ai déjà dit cet après-midi dans une autre salle, il nous faut des ressources avant de les dépenser, et c'est la règle à laquelle nous nous tenons. Nous dépensons les fonds que nous avons. Je pense que le régime des soins de santé ne sera pas touché. Pour ma part, c'est la position que je défendrai. Je ne sais pas si vous savez ce que j'ai dit hier—cela a paru dans un journal de langue française—que je suis assez sceptique en ce qui concerne l'imposition d'un ticket modérateur ou d'une taxe pour l'utilisation du régime des soins de santé, parce que cela nuira encore davantage aux groupes les plus démunis.

Je ne crois pas qu'il y ait la moindre raison de modifier la Stratégie nationale sur le sida, compte tenu des ressources qui y sont affectées, si c'est ce dont traitait votre deuxième question. Je confirme que les fonds sont disponibles jusqu'en 1993 et qu'ils le demeureront. On n'a pas réduit ces ressources.

Pour ce qui est de la création d'un comité spécial du Parlement, c'est une possibilité que nous envisageons à partir du moment où des membres veulent ouvrir un débat ou obtenir un rapport du ministre ou être au fait de toute

[Texte]

opportunity to do that. The committee on health and welfare and the status of women, including AIDS, is a large one, which is open to any kind of discussion. If I am asked to come back, I will. I do not see the necessity of having another committee, which makes it more difficult sometimes to be in touch with the Members of Parliament.

Mrs. Sparrow: Could I ask for a point of order with regard to the report the minister referred to? I urge you to read the report. . . I am not too sure, I have not received it. Has the report been made available, Mr. Minister?

• 1600

You mentioned that we have accomplished a great deal through the national AIDS strategy, and yes, we have, with the co-operation of everyone.

I want to ask you about research development and experimental drugs. A lot of the people with the HIV virus today have been able to gain access to experimental therapies through the Emergency Drug Release Program. Although that's a passive group, I just wondered if there is going to be some way for these people to have a more aggressive approach to getting experimental drugs, and also what the Medical Research Council is doing. How much truly active research are we doing in regard to not only new drugs but also better or improved care?

Mr. Bouchard: With your permission, Madam Chair, I will ask Mr. Liston to answer the question—I think the answer will be very much more accurate in terms of what we have to say—keeping the possibility, if I can, to come back to me for any other comments.

Dr. Bert Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): With respect to access to experimental drugs, the whole purpose of the clinical trial network is to have a place where a maximum of co-ordination can occur where physicians who have patients who would be interested in participating in trials and so on might express their interest in participating in trials. There are regional centres whose purpose is to try to co-ordinate this so that all patients who would potentially be interested and would benefit from involvement in clinical trials might do so through the clinical trial network.

The network examines a number of potential candidates, which might be helpful in the treatment of people who are infected with HIV, and there are, I believe, some ten trials that the clinical trial network is working on currently.

Mrs. Sparrow: A supplementary on that—

The Chairman: I'm sorry, just one question per member, and then we'll have a second round. Next is Chris Axworthy.

Mr. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): I guess I need to ask my supplementary question in my first question.

[Traduction]

question ayant trait au sida. Le Comité de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, dont relève l'étude du sida, est un gros comité, qui peut organiser toutes sortes de débats. Si on me demande de revenir, je reviendrai. Je ne vois pas pourquoi on créerait un autre comité, parce que c'est parfois plus difficile ainsi de communiquer avec les parlementaires.

Mme Sparrow: Puis-je invoquer le Règlement au sujet du rapport dont a parlé le ministre? Je vous demande instamment de lire le rapport. . . J'ai quelques hésitations, je n'ai pas reçu le document. A-t-il été distribué, monsieur le ministre?

Vous avez dit que nous avons beaucoup accompli avec la Stratégie nationale sur le sida, et c'est vrai, nous l'avons fait grâce à la collaboration de tout le monde.

J'aimerais vous parler de la recherche et de la mise au point de nouveaux médicaments. Un grand nombre de personnes infectées par le VIH ont pu bénéficier de traitements expérimentaux grâce au Programme de médicaments d'urgence. Bien qu'il s'agisse là d'un groupe passif, je me demande si ces personnes pourront agir de façon plus active pour obtenir des médicaments à l'essai, et j'aimerais aussi savoir ce que fait le Conseil de recherches médicales du Canada. Dans quelle mesure effectuons-nous des recherches vraiment actives en ce qui concerne non seulement la mise au point de nouveaux médicaments mais aussi l'amélioration des soins de santé?

M. Bouchard: Si vous le permettez, madame la présidente, je vais demander à M. Liston de répondre à la question—je pense qu'il peut y répondre de façon beaucoup plus précise—en me réservant toutefois la possibilité d'ajouter d'autres observations.

Dr Bert Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): En ce qui concerne l'accès à des médicaments mis à l'essai, le but premier du réseau d'essai clinique de médicaments est de disposer d'un cadre qui favorise la coordination au maximum et où des médecins qui traitent des patients désireux de participer à des essais cliniques puissent faire part de la volonté de ces patients de participer aux essais. Il existe des centres régionaux dont le but est d'essayer d'assurer une coordination de manière que tous les patients qui souhaiteraient participer à ces essais cliniques et qui pourraient en bénéficier puissent le faire grâce au réseau.

Le réseau examine le nombre de candidats éventuels, ce qui pourrait être utile dans le traitement de personnes infectées par le VIH, et je crois qu'en ce moment le réseau travaille sur une dizaine d'essais cliniques.

Mme Sparrow: Une question supplémentaire à ce sujet. . .

La présidente: Je regrette, une seule question par membre, et nous ferons ensuite un deuxième tour. La parole est à Chris Axworthy.

M. Axworthy (Saskatoon—Clark's Crossing): Je suppose que je dois poser ma question supplémentaire en même temps que ma première question.

[Text]

The Chairman: Yes, one question.

Mr. Axworthy: Well, I don't think this is a very useful way of going about it, but may I just say that I have I think four questions that I would like to ask at some stage.

The Chairman: You'll probably get an opportunity.

Mr. Axworthy: I understand.

First, may I say to the minister how pleased I think everybody has been with the sensitive way in which he's addressed these organizational changes within the Department of National Health and Welfare. He is to be congratulated on the consultation process, which I think was a meaningful one, and for responding with changes to meet the concerns of those who have been involved most intimately in the fight against AIDS and in dealing with and assisting those living with AIDS and who are HIV-positive. It is an important process that the minister assisted in this reorganization, and it is important to recognize that.

My first question deals with funding. You are well aware, and we are all aware, of the general consensus on the need for significantly increased resources to be put to the battle against AIDS. The suggestions have been for really quite substantial increases, which I think all involved would regard as a major investment in the future that would ensure that money spent now would not have to be spent in the future and that much pain and suffering would be alleviated. So the request for more funding is one that recognizes the difficulties the government faces but also the importance of investing in something so that we won't have to spend that money in the future. It's not a question of if we will spend money on AIDS, it's a question of when, and money spent now will be better used than money spent later.

• 1605

I would like to be specific with regard to funding. I understand that moneys available for the ACAP program, the AIDS community action program, will in fact be reduced for 1991-92. I ask the minister why that is and what he expects will be the result of that. After all, this money is extremely efficiently used. There is a great deal of voluntary input and so on, resources that go into using this amount of money in ACAP. Surely this is not the program to cut. Surely this is not a wise place to reduce input. Indeed, perhaps this is the place where more money should be spent. I wonder if the minister would comment on the rationale behind reducing the funding for the AIDS community action program, and what he expects the implications of that reduction to be.

Mr. Bouchard: First of all, I believe there is not one dollar that is not well spent for AIDS at the present time. The \$138 million that will be spent over five years is well used. You said about the way we restructured the department. . . was done well by the department and all those who have been consulted, groups particularly.

[Translation]

La présidente: Oui, une question.

M. Axworthy: Cela ne me semble pas une façon très pratique de procéder, mais j'aimerais ajouter que je voudrais poser quatre questions à un moment donné.

La présidente: Vous en aurez sans doute l'occasion.

M. Axworthy: Très bien.

D'abord, j'aimerais dire au ministre à quel point tout le monde est heureux de la manière avec laquelle il a réagi à ces changements organisationnels qui se sont produits au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Il faut le féliciter pour le processus de consultation, qui me semble avoir été très profitable, et pour la façon dont il a réagi aux changements effectués pour tenir compte des préoccupations de ceux qui sont mêlés de très près à la lutte contre le sida, qui soignent et aident ceux qui sont atteints par le sida ou qui sont infectés par le VIH. C'est un processus important auquel le ministre a participé au cours de cette réorganisation, et il importe de le souligner.

Ma première question a trait au financement. Vous savez tous fort bien, et nous le savons tous, qu'on s'entend généralement sur la nécessité d'augmenter de façon appréciable les ressources allouées à la lutte contre le sida. Il a été question de hausses très importantes, et tout ceux qui sont préoccupés par cette question diront certainement que c'est là un investissement majeur dans l'avenir et qu'en engageant ces dépenses maintenant, on s'évitera d'avoir à le faire plus tard et on réduira ainsi grandement les peines et les souffrances. En demandant un financement accru, on reconnaît les difficultés auxquelles le gouvernement est aux prises mais aussi la nécessité d'engager des dépenses maintenant pour ne pas avoir à le faire plus tard. Il ne s'agit pas de savoir si nous devons dépenser de l'argent pour lutter contre le sida, il s'agit de savoir quand, et l'argent utilisé à cette fin maintenant sera mieux utilisé que si on le fait plus tard.

J'aimerais obtenir des précisions au sujet du financement. Je crois savoir que les fonds alloués au Programme d'action communautaire sur le sida seront réduits pour l'exercice 1991-1992. Je demande au ministre pourquoi et quelles seront, à son avis, les répercussions de ces compressions. Après tout, cet argent a été utilisé de façon efficace. Les bénévoles participent très activement à ce programme et l'argent y est utilisé de façon efficace. Ce n'est certainement pas le programme à viser. Ce n'est certainement pas l'endroit où il faut réduire sa participation. Au contraire, c'est sans doute celui où il faudrait investir davantage. Je me demande si le ministre peut nous expliquer pourquoi on réduit le financement du Programme d'action communautaire sur le sida, et nous dire quelles seront, à son avis, les répercussions de ces compressions.

M. Bouchard: D'abord, j'estime qu'à l'heure actuelle, tout dollar consacré à la lutte contre le sida est bien dépensé. Les 138 millions de dollars qui seront dépensés au cours des cinq prochaines années seront bien dépensés. Vous avez parlé de la façon dont nous avons restructuré le ministère. . . Vous avez dit que cela a été bien fait vous avez parlé de tous ceux que nous avons consultés, et notamment des groupes.

[Texte]

In terms of ACAP, obviously I have a problem here. This program originally—I was not there at the time, but I am well informed—was even \$2.3 million, François?

Mr. François Pouliot (Senior Assistant Deputy Minister, Office of the Senior Assistant Deputy Minister, Health and Welfare Canada): No, it was \$5 million and \$4.7 million, sir.

Mr. Bouchard: It increased by \$2.3 million last year, which, however, does not give more money to the groups because they were at \$7 million; now they will come to \$6.4 million.

If there is not one possibility within the budget. . . I say “within the budget”—the problem is, of course, that if I take out money from somewhere to put in ACAP, I have to cut something somewhere. It is clear and evident. I already have asked the officials in the department to examine those issues in collaboration with the stakeholders, the groups and people.

I understand because when I was in Vancouver recently, having discussions with groups, I saw for myself. I am trying as much as I can. I know the groups are working wonderfully in the field. There are those who can sometimes make the difference. But obviously, I face the problem of being limited in resources. My commitment is to say that we are looking at whether there isn't a possibility at least to keep up with the level we have now in terms of ACAP programs.

I committed myself to go even, for after 1993, to the Cabinet in terms of the discussion on the renewal of the AIDS strategies, one year and a half. I have, of course, in my department other strategies that have to be cancelled, like the national drug strategy, where we have to do something, too.

I want to do something and I want to see if there is a possibility. I ask Mr. Pouliot to look at what we did in terms of restructuring, which worked and worked well and could not be done here. Of course, the groups will be consulted, and if there is a way we can improve resources for ACAP, we will do that.

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): Mr. Minister, I was reading your report here, and the statistics of this transmittable disease are, to say the least, horrendous, the way it is developing. I applaud the sensitivity of the department in how it is going about with its research.

However, it is considered a transmittable disease. So far as we know, there is no cure. So far, it is on the increase. The cost of the care and the research is commanding a very high proportion of the health care dollar. One way probably of reducing numbers, because we have to hold something in check, I am going to look now at immigration. How does Canada handle applicants who enter the country? Are they tested, and is there a record of those who may have this? At one point hepatitis B was highly infectious and you were not allowed in. Some of the other infectious, transmittable diseases. . .

[Traduction]

Pour ce qui est du Programme d'action communautaire sur le sida, il se pose un problème. À l'origine, ce programme—je n'étais pas là à l'époque, mais je suis bien informé—disposait même de 2,3 millions de dollars, n'est-ce pas, François?

M. François Pouliot (sous-ministre adjoint principal, Bureau du sous-ministre adjoint principal, Santé nationale et Bien-être social Canada): Non, il disposait de cinq millions et de 4,7 millions, monsieur.

M. Bouchard: Le budget a augmenté de 2,3 millions l'année dernière, ce qui, toutefois, n'a pas fourni davantage de fonds aux groupes parce qu'ils disposaient de sept millions de dollars; maintenant ils disposeront de 6,4 millions de dollars.

S'il n'existe aucune possibilité au budget—je dis «au budget»—le problème tient au fait que si je prends de l'argent quelque part pour l'injecter au Programme d'action communautaire sur le sida, il me faut bien effectuer des compressions quelque part. C'est clair comme de l'eau de source. J'ai déjà demandé aux fonctionnaires du ministère d'examiner ces questions en collaboration avec les intéressés, les groupes et la population.

Récemment, j'étais à Vancouver, et je me suis entretenu avec des groupes, et j'ai pu constater la situation personnellement. Je fais tout ce que je peux. Je sais que le groupe effectue un travail extraordinaire sur le terrain. Ce sont eux qui parfois peuvent changer la situation. Cependant, les ressources sont limitées. L'engagement que je prends, c'est de dire que nous examinons s'il n'est pas possible au moins de maintenir le niveau actuel en ce qui concerne le Programme d'action communautaire sur le sida.

J'ai même pris l'engagement, après 1993, de demander au Cabinet de discuter du renouvellement de la Stratégie nationale sur le sida, soit dans un an et demi. Au ministère, d'autres stratégies ont dû être annulées, comme la Stratégie nationale anti-drogue, où il nous faut faire quelque chose aussi.

Je veux faire quelque chose et je veux voir s'il existe une possibilité. Je demande à M. Pouliot d'examiner ce que nous avons fait en matière de restructuration, de voir ce qui a fonctionné et ce qui a bien fonctionné et si cela ne pourra pas être fait dans le cas présent. Nous consulterons les groupes, et s'il y a moyen d'accroître les ressources disponibles pour le Programme d'action communautaire sur le sida, nous le ferons.

Mme Anderson (Simcoe-Centre): Monsieur le ministre, je feuilletais votre rapport, et je dois dire que les statistiques sur la propagation de cette maladie transmissible sont horribles, c'est le moins qu'on puisse dire. Je félicite le ministère pour son attitude face à la recherche.

Cependant, le sida est considéré comme une maladie transmissible. Autant que nous sachions, le sida est incurable. Pour l'instant, la maladie se répand. Les soins et la recherche absorbent une très forte proportion du budget du régime des soins de santé. Il y aurait sans doute une façon de ralentir la progression, car il nous faut bien faire échec à quelque chose. Je veux parler de l'immigration. Les immigrants qui entrent au Canada font-ils l'objet de tests de dépistage et conserve-t-on dans un registre le nom des personnes atteintes de cette maladie? Il fut un temps où l'hépatite B était très répandue et les personnes atteintes de cette maladie se voyaient refuser l'entrée au Canada. Il y a d'autres maladies contagieuses. . .

[Text]

• 1610

Mr. Bouchard: The legislation could be completed by you or anybody else. Neil Faulkner is probably well aware of that file.

Mrs. Anderson, the way we work, and I believe it is the best way, is to be as open as we can. Canada has always been considered to be a country wide-open to immigrants and visitors and so on, and in light of the fact that we have not determined that the problem of HIV-infected people or AIDS would be increased by way of visitors or immigrants, I think we should remain as open as we can.

It is normally detected by customs officers at the border if there is anyone who seems to have a medical problem or to be...not infected per se. I am very careful about the words I use because I believe the government's approach has to be open and respectful of the freedom this country has always given to people who come here. As I said, I don't believe that the number of cases has increased, but if there is an apparent problem with any visitor, not only for AIDS and HIV but for any disease, then we will have blood testing.

It is very rare that we will turn down an application. It has happened in terms of AIDS, but if there is no assurance that it would represent a problem, particularly for visitors, even for immigrants, then there is no need to go further than we go now.

I don't know if Neil Faulkner wants to add anything to that.

Mr. Neil Faulkner (Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare): All I can add is that there is an effective medical screening of all immigrants overseas, and last year there were over 300,000 of them. That includes a medical examination by a local doctor, a medical assessment by an immigration health officer of our department, and a complete review, and if there is any indication that the person is ill, further investigations are undertaken.

Mr. Wilbee (Delta): Mr. Minister, thank you for appearing before us today.

First of all, I would like to congratulate you, your predecessor Mr. Beatty, and your department for the agreement you came to with the Canadian Hemophilia Society. As you know, a large number of their members are AIDS sufferers because of contaminated blood supplies. I think this is a tribute to the Canadian way of doing things. We recognized the problem and I believe the government has resolved it.

As well, and this a little off topic, the agreement that was made with the thalidomide victims is something this government should be proud of. It was something that had been on the books for many years.

[Translation]

M. Bouchard: Un de mes collaborateurs pourra sans doute vous donner des précisions là-dessus. Neil Faulkner connaît probablement bien ce dossier.

Madame Anderson, notre politique consiste à être le plus ouverts possible, et je crois que c'est la meilleure solution. Le Canada a toujours été considéré comme un pays qui ouvre largement les bras aux immigrants, aux touristes, etc. Étant donné que l'on n'a pas prouvé que les touristes ou les immigrants sont susceptibles d'aggraver le problème du sida ou d'augmenter le nombre de personnes infectées par le virus HIV, je suis d'avis que nous devrions continuer d'être aussi accueillants que possible.

Normalement, les agents de douanes peuvent déceler la présence d'un problème d'ordre médical chez une personne qui fait une demande d'entrée au Canada. Il ne s'agit pas de déterminer si la personne est infectée ou non. Je choisis très soigneusement mes mots, car je crois que le gouvernement doit faire preuve d'ouverture et respecter la liberté que notre pays a toujours accordée aux gens qui viennent au Canada. Je le répète, je ne crois pas que le nombre de cas ait augmenté, mais si une personne en particulier donne des signes apparents de maladie, alors nous faisons une prise de sang pour déterminer la nature de la maladie, non seulement dans le cas du sida et du virus HIV, mais pour toute autre maladie.

Il est très rare que nous refusions une demande. C'est arrivé dans le cas de personnes atteintes de sida, mais s'il n'y a pas de preuve que cela peut causer un problème, en particulier pour les touristes, mais même pour les immigrants, alors il n'est aucunement nécessaire de prendre des mesures plus rigoureuses que nous ne le faisons actuellement.

Neil Faulkner voudra peut-être ajouter quelque chose.

M. Neil Faulkner (Sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Tout ce que je peux ajouter, c'est que nous faisons un contrôle médical efficace de tous les immigrants à l'étranger; l'année dernière, il y en a eu plus de 300,000. Ce contrôle comprend un examen médical par un médecin local, une évaluation du bilan de santé par un médecin de notre ministère chargé de l'immigration et un examen complet du dossier; s'il y a le moindre indice que la personne est malade, nous faisons une enquête plus approfondie.

M. Wilbee (Delta): Monsieur le ministre, je vous remercie de témoigner devant nous aujourd'hui.

Premièrement, je voudrais vous féliciter, ainsi que votre prédécesseur M. Beatty et votre ministère, pour l'accord que vous avez conclu avec la Société canadienne de l'hémophilie. Comme vous le savez, beaucoup de membres de cette société souffrent du sida à cause d'une transfusion de sang contaminé. Je pense que c'est un bon exemple de l'efficacité canadienne. Nous avons décelé le problème et je crois que le gouvernement l'a réglé.

Par ailleurs, je m'éloigne quelque peu du sujet, mais je tiens à signaler que le gouvernement actuel a tout lieu d'être fier de l'entente qui a été conclue avec les victimes de la thalidomide. Ce dossier était en suspens depuis de nombreuses années.

[Texte]

• 1615

I guess I share the concern of your department that although AIDS is considered to be primarily a disease of young gay men, this is no reason to be complacent about it. I was talking to a gentleman a couple of days ago who had been through central Africa and he described whole villages in which there were no middle-aged people. There were children and there were old folk, but whole middle-aged populations had been wiped out by the AIDS virus. In other words, obviously the transmission there is different from the situation we have. However, I don't think we can be assured that this is going to continue. Viruses do have a reputation of changing, becoming mutant, and becoming more virulent with the passage of time.

So perhaps we do just have a window of opportunity in which we can do our research. I agree with the concern about the moneys we are spending on caring for the victims, but in the long run we need to be very concerned about the research we are doing into the causes and the spread of AIDS.

I have heard many criticisms of the money we have spent on AIDS research, yet I think we all recognize that there has been a tremendous spin-off into our knowledge of viruses because of the virulence and the significance of the AIDS epidemic.

My question has a couple of parts to it. First, I would like to know what is our total funding in Canada for AIDS research. How are the projects chosen? Also, give some examples of specifically Canadian research being done in this field.

Mr. Bouchard: The total research for 1988-89 to 1992-93 is \$37 million. It would divide into \$8 million about 1988-89, then about the same amount, with decreasing money for 1991-92 and 1992-93. But I don't know if it includes the Medical Research Council—

Ms Barbara Naegele (Acting Executive Director, National AIDS Secretariat, Department of National Health and Welfare): No, it doesn't.

Mr. Bouchard: —which has spent I think around \$1.7 million—

Ms Naegele: This year.

Mr. Bouchard: —this year. Of course, we say that is a lot of money, but it certainly is not too much money, because, as you say, in terms of the disease itself it is very difficult to determine the way in which it will progress and change in Canada.

That is why I was a little upset when I heard about those people, particularly from, I think, a daily newspaper in Hamilton. A journalist said that the disease spread particularly in a targeted group, as we say, particularly homosexuals, and that we spend too much money for women and kids. I was at the Children's Hospital in Toronto a couple of weeks ago with Henry Friesen, who is working particularly on research and was just back from the Bahamas

[Traduction]

Je partage les inquiétudes de votre ministère. En effet, même si le sida est considéré essentiellement comme une maladie qui frappe les jeunes hommes homosexuels, il faut quand même prendre la situation très au sérieux. Il y a quelques jours, j'ai rencontré un monsieur qui a voyagé en Afrique centrale, où il avait vu des villages entiers où il n'y avait aucun adulte dans la force de l'âge. Il y avait des enfants et des vieillards, mais entre les deux, toute la population avait été anéantie par le virus du sida. Il est donc évident que la maladie évolue différemment là-bas. Je ne pense toutefois pas que l'on puisse avoir l'assurance que les choses vont continuer de la sorte. Les virus ont la réputation de changer, de subir des mutations et de devenir encore plus virulents avec le temps.

On peut donc penser que nous avons peut-être une brève période de répit pendant laquelle nous pourrions effectuer nos recherches. Je partage les préoccupations concernant les sommes que nous consacrons aux soins des victimes, mais à long terme, nous devons nous intéresser très sérieusement à la recherche que nous faisons sur les causes et la transmission du sida.

J'ai entendu de nombreuses critiques au sujet de l'argent que nous avons dépensé pour la recherche sur le sida. Pourtant, je pense que nous reconnaissons tous que la virulence et la gravité de l'épidémie de sida nous ont amené à faire des progrès extraordinaires dans la connaissance des virus en général.

Ma question comporte deux volets. Je voudrais d'abord savoir quelle est la somme totale que nous consacrons au Canada à la recherche sur le sida. Comment choisit-on les projets retenus? Veuillez aussi nous donner des exemples de projets de recherche spécifiquement canadiens dans ce domaine.

M. Bouchard: Le budget total de la recherche pour la période allant de 1988-1989 à 1992-1993 est de 37 millions de dollars. La répartition est la suivante: environ 8 millions de dollars pour 1988-1989, ensuite environ le même montant pour l'année suivante et des sommes décroissantes pour 1991-1992 et 1992-1993. J'ignore toutefois si ces chiffres comprennent le Conseil de recherches médicales.

M. Barbara Naegele (directrice générale intérimaire, Secrétariat national du sida, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Non, ce n'est pas inclus.

M. Bouchard: Le conseil a dépensé, sauf erreur, environ 1,7 million de dollars. . .

Mme Naegele: Cette année.

M. Bouchard: . . .cette année. Bien sûr, on dira que c'est beaucoup d'argent, mais ce n'est certainement pas trop car, comme vous le savez, il est très difficile de prédire quels seront les progrès et l'évolution de la maladie au Canada.

C'est pourquoi j'ai été quelque peu irrité quand j'ai entendu ces critiques, en particulier celles provenant, sauf erreur, d'un quotidien de Hamilton. Un journaliste a dit que la maladie se répand dans un groupe particulier, à savoir les homosexuels, et que nous dépensons trop d'argent pour les femmes et les enfants. Il y a quelques semaines, je suis allé à l'hôpital pour enfants de Toronto, accompagné de Henry Friesen, qui s'occupe de recherches dans ce domaine et qui

[Text]

on one year's leave of absence and working with people. He told me that it will be a disaster if we are trying to get out of that field for women particularly. We understand the transmission by partners a lot of times. I even met a three-year-old girl who was infected, who got AIDS. Her mother was infected by her husband, and so on.

There is a reality here that we do not control totally. Not only do we not control, but we have to put in the most we can. This is why we encourage research, particularly in that field, at the same time as research is applied to new drugs and new ways to struggle against AIDS. I believe that is a lot. We will do the best we can. But we need a collective conscience about the reality.

I had discussion with the new chairman of the Medical Research Council, Henry Friesen, recently, having in mind that I hope that the Medical Research Council can continue to make a lot of efforts on AIDS research.

M. Joncas (Matapédia—Matane): Il est facile de voir que beaucoup d'efforts se font au niveau de la recherche et que beaucoup d'argent se dépense. J'ai une seule question à poser.

• 1620

On sait qu'on fait de la recherche pour trouver des remèdes. Combien d'argent dépense-t-on pour informer les gens sur les dangers du SIDA? Je voudrais savoir s'il y a une stratégie de vraiment bien planifiée et si elle porte des résultats au niveau de l'information.

M. Bouchard: J'ai dit dans ma présentation que 90 p. 100 des Canadiens avaient aujourd'hui une information valable. On peut donner le sens qu'on veut au mot «valable», mais à mon avis, dans le domaine de la santé c'est un des secteurs où l'information est le mieux véhiculée, grâce à l'information donnée, mais aussi grâce à l'action des groupes. Ils font un travail extraordinaire. J'ai eu moi-même l'occasion de le vérifier.

En termes de financement, il y a eu une progression considérable des sommes investies dans le domaine de la santé en général. Le D^r Pagtakhan a posé une question concernant les sommes investies. Un des points sur lesquels je vais de plus en plus insister comme ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, c'est le rôle qu'on peut jouer au niveau de l'information et de l'éducation qu'on donne au public sur les problèmes du régime de santé.

En d'autres termes, je suis absolument d'accord sur les services de soins de santé, mais l'éducation et la prévention n'ont pas été développées suffisamment. Dans le domaine du SIDA, par exemple, en 1988-1989, on avait à peu près 100,000 \$. Cette année, on va dépenser à peu près 6 millions de dollars et l'an prochain, au-delà de 5.5 millions de dollars, ce qui veut dire que les sommes sont considérables comparativement à il y a deux ans. Les résultats nous apparaissent cependant beaucoup plus probants, et c'est pourquoi il ne faut pas lâcher. On va donc continuer à développer ces facteurs de prévention et d'éducation. Je pense que c'est ce qu'on recherche, de toute façon, en termes de démarche, et que c'est ce que les groupes et les intervenants en général vont tenter de trouver en termes de réponse.

[Translation]

revenait tout juste des Bahamas, où il avait passé une année sabbatique. Il m'a dit que ce serait catastrophique si nous nous retirions du champ de la recherche, en particulier pour les femmes. Nous savons que la maladie se transmet souvent d'un partenaire à l'autre. J'ai même rencontré une petite fille de trois ans qui était infectée, qui avait le sida. Sa mère avait été infectée par son mari.

Telle est la réalité, et elle échappe à notre contrôle. Nous devons faire le maximum. C'est pourquoi nous encourageons les travaux de recherche, en particulier dans ce domaine, en même temps que nous cherchons de nouveaux médicaments et de nouvelles façons de lutter contre le sida. Je pense que c'est beaucoup. Nous ferons de notre mieux, mais je pense que, collectivement, nous devons prendre conscience de la réalité.

J'ai discuté récemment avec Henry Friesen, le nouveau président du Conseil de recherches médicales. Je lui ai dit mon espoir de voir le Conseil de recherches médicales continuer à faire beaucoup d'efforts dans le domaine de la recherche sur le sida.

Mr. Joncas (Matapédia—Matane): Obviously, a lot of efforts are being done at the level of research and a lot of money is being spent. I have only one question.

I know that we are conducting research to find cures. How much money are we spending to inform people about the dangers of AIDS? I want to know if there is an adequately planned strategy. And if in the area of information we are getting results.

Mr. Bouchard: In my presentation, I said that 90 p. 100 of Canadians were now receiving valuable information. You can ascribe whatever meaning you want to the word «valuable», but in my opinion, the health sector is the one in which AIDS information is best disseminated, not only because of the information given out, but also because of group action. Groups are doing an extraordinary work. I have been able to see that for myself.

As for funding, we can say that funding for the health sector in general has increased considerably. Dr. Pagtakhan asked about the amounts invested. One of the issues on which I will increasingly focus as minister of National Health and Welfare is the role we can play in providing the public with information and education about health problems.

In other words, I don't see any problem with health care services, but I feel that education and prevention have not been sufficiently developed. Let us take a look at AIDS, for example: in 1988-89, we had approximately 100,000\$. This year, we will spend almost 6 million dollars, and next year, over 5.5 million dollars. These sums are very large, in comparison with those invested two years ago. The results seem much better than they were, and that is why you must keep going. We will therefore continue to develop the prevention and education aspects. In my view, I think that is what we are looking for in terms of process, and that is what all the groups and people involved will strive towards in terms of response.

[Texte]

Le grand problème, comme je l'ai dit, est celui de détecter les gens infectés par le virus. On a environ 5,000 cas de SIDA déclarés au Canada et environ 30,000 cas déclarés de gens qui sont séropositifs pour le virus lui-même, mais combien de cas sont encore inconnus? L'éducation vise non seulement à prévenir les gens, mais aussi à informer les gens qui, pour une raison ou pour une autre, auraient été en contact avec le virus sur les conséquences et à les inciter à déclarer la chose.

Donc, en substance, il y a un excellent travail qui se fait, mais encore là, ce n'est jamais trop. Les sommes investies en font foi.

The Chairman: Thank you. Dr. Pagtakhan.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Madam Chairman. First I would like to make a series of observations, and then I would pose one question after my observations. Certainly the presence of a treatment information service is very crucial. Of course we have lost one year. It is my observation that there has not been any commitment on the part of government to a specific timeline for the implementation of this AIDS treatment information service, and no reassurance that the project will be completed.

My second observation is that there has not been any national research agenda that has been established either by the funding agencies for AIDS or the Canadian HIV trials network. Now, the other observation is that the National AIDS Secretariat will now serve as the focal point for AIDS-related issues at the federal level. This sort of leads me to believe that the Federal Centre for AIDS—from news reports, I understand that the centre has been disbanded or will be disbanded. One wonders whether it is being disbanded because it has been a failure. If that is so, why?

That is what I am asking myself, Madam Chair. I remember that the ad hoc parliamentary committee made the observation—if I recall correctly—that the Federal Centre for AIDS is playing a crucial role. That is the will, the non-partisan will of all Members of Parliament from all three political parties. Yet what we see after that report is the dismemberment of the Federal Centre for AIDS.

• 1625

Then, reading and following the news report, *The Hamilton Spectator* said, and I will quote:

The federal government has consistently misled Canadians about the risk of getting AIDS and continues to do so, say a University of Western Ontario professor and a Toronto epidemiologist.

I recall, Madam Chairman, that a fundamental essence of any public information and education program is accuracy. Then we heard the claims of others that they are telling the right facts. Well, the two sides, if opposite, cannot be both right. It defies commonsense and logic. I would like a reassurance. Where is the real truth?

For example, the epidemiologist says, and I quote, that "public education programs, such as AIDS Is Everyone's Disease, are misleading, and AIDS Does Not Discriminate a downright lie."

[Traduction]

As I have said, the major problem is screening for the virus. We have approximately 5,000 declared cases of AIDS in Canada, and approximately 30,000 declared cases who have tested positive for the virus. But how many cases are still undeclared? The purpose of education is not only to warn people, but also to help anyone who for one reason or another might have been in contact with the virus to learn about the possible consequences and encourage them to come forward.

The work being done is excellent. However, we can never do too much. The funding testifies to that.

La présidente: Merci. Monsieur Pagtakhan.

M. Pagtakhan: Merci, madame la présidente. J'aimerais d'abord faire quelques observations, et puis poser une question. Certes, l'existence d'un service d'information sur le traitement est essentielle. Mais nous avons perdu une année. Je constate aussi que le gouvernement ne s'est d'aucune façon engagé à respecter des délais spécifiques pour la mise en place de ce service d'information sur le traitement du sida, et il n'a donné aucune assurance que le projet sera mené à bien.

Deuxièmement, je constate qu'aucun programme national de recherche n'a été établi soit par les organismes de financement en ce qui concerne le sida ou par le réseau canadien pour les essais de médicaments anti-VIH. J'ajouterai aussi que le Secrétariat national sur le sida sera maintenant le point de convergence, au niveau fédéral, pour les questions touchant au sida. Cela me porte à croire que le Centre fédéral sur le sida—du moins, c'est ce qui disent les médias—a été dissous, ou sera dissous. On se demande s'il a été dissous parce qu'il n'a pas réussi. Si cela est vrai, pourquoi n'a-t-il pas réussi?

Voilà ce que je me demande, madame la présidente. Je me rappelle que le comité parlementaire spécial a indiqué, si je ne m'abuse, que le Centre fédéral sur le sida jouait un rôle essentiel. Voilà la volonté, la volonté non partisane de tous les députés de tous les trois partis politiques. Mais que voit-on après ce rapport-là? La dissolution du Centre fédéral sur le sida.

Puis, j'ai lu dans *The Hamilton Spectator* cette nouvelle que je vous cite:

Le gouvernement fédéral a constamment induit en erreur les Canadiens au sujet du risque de contracter le sida et il continue à le faire, a déclaré un professeur de l'Université Western Ontario et un épidémiologiste de Toronto.

Madame la présidente, le critère fondamental de tout programme d'information et d'éducation publique est l'exactitude. D'autres ont prétendu dire la vérité. Eh bien, si les deux côtés disent des choses contradictoires, ils ne peuvent pas tous les deux avoir raison. Cela est contraire au sens commun et à la logique. J'aimerais savoir à quoi m'en tenir. Où est la vraie vérité?

Par exemple, l'épidémiologiste dit, et je le cite, que «des programmes d'éducation publique, où l'on dit que le sida, c'est l'affaire de tout le monde, sont trompeurs, et affirmer que le sida ne fait pas de discrimination, c'est proférer un mensonge pur et simple».

[Text]

These are serious allegations of the government's public education campaign, and the committee would like to be reassured. Where is the real truth? So my question to the minister is are my observations correct?

Some hon. members: Oh, oh.

Mr. Bouchard: I could say, Mr. Pagtakhan, if your statement is right, because there are a lot of... I am going to try to answer a part, and turn to Dr. Liston and Barbara for the particular statistics and the figures.

In terms of this TISA program, which was normally supposed to be in place already, I'll tell you that program has been normally contracted with the University of Toronto—last year—and we realized that it did not work. I mean, there were a lot of problems, and for some reason that the department is trying to determine with the university itself, which I believe has the reputation. There is no doubt in my mind in terms of the quality of the University of Toronto. We are trying to determine exactly why.

Now what we are trying to do is that we started again to determine a new design with the stakeholders in July, and the department in October, this October, initiated a formal tendering process. I agree with you that we lose one year that we could not afford. But it is no responsibility here for the department or for anybody politically, and anybody who was with all good will I believe participating in the process, to be criticized. The only problem is that there was a problem in Toronto. We could not fix the problem to do that, to release the information program, and for that reason we had to make another decision. We did. We worked with the stakeholders and we believe that it is going to be fixed soon, and to your agreement and the agreements of all people.

I would ask Dr. Liston to answer about that section, which has been, as we say, broken up in the department, and Barbara will answer the last part of your question.

Dr. Liston: With respect to the timeline and the commitment to TISA, now called ATIS, there are specific plans with a timetable to proceed with the development of it. Requests, RFPs, or requests for proposals have been sent out. We have had expressions of interest. We are currently evaluating those proposals, and we would hope in the month of November to have selected the most beneficial or propitious one. We would expect to have a contract issued on this very shortly thereafter, during the early part of December. We have a work plan and an implementation plan as well as organization established for the end of March 1992. We are attempting to try to move expeditiously on the development of ATIS.

With your concurrence, Madam Chair, with respect to the FCA, I would submit that there was a lot of interest in trying to mainstream the elements that were within the Federal Centre for AIDS. The reason behind that was that it would have facilitated or will facilitate greater involvement on the part of other elements within the Health Protection Branch to provide support to the AIDS program.

[Translation]

Ce sont des affirmations graves que fait le gouvernement dans sa campagne d'éducation publique, et le comité voudrait savoir ce qu'il en est. Où est la vraie vérité? Donc, j'aimerais demander au ministre si mes observations sont exactes?

Des voix: Oh, oh.

M. Bouchard: Je dirais, monsieur Pagtakhan, si votre affirmation est exacte, car il y a beaucoup de... Je vais vous donner une réponse partielle et je passerai ensuite la parole au docteur Liston et à Barbara qui vous donneront les statistiques et les chiffres.

Pour ce qui est du SITSV, qui aurait dû normalement être déjà en place, nous avons passé un contrat de façon normale avec l'Université de Toronto l'an passé, pour ensuite nous rendre compte que cela ne fonctionnerait pas. Il y a eu beaucoup de problèmes pour une raison que le ministère et l'université essaient de déterminer ensemble. L'Université de Toronto a une bonne réputation, je ne doute pas un instant de la qualité de cette institution. Nous essayons de déterminer pourquoi au juste ce programme n'a pas fonctionné.

En juillet, nous avons commencé à élaborer un nouveau programme en collaboration avec les intéressés et en octobre de cette année, le ministère a lancé officiellement des demandes de proposition. Vous avez raison, nous avons perdu une année précieuse. Mais ce n'est pas la faute du ministère, ni d'un politicien, ni de tous ceux qui ont participé à ce processus en toute bonne foi, et il n'y a pas de raison de les critiquer. Le seul problème était à Toronto. Nous n'avons pas pu trouver de solution à ce problème et lancer le programme d'information, et c'est pourquoi nous avons décidé de procéder autrement. Ce que nous avons fait. Nous avons collaboré avec les intéressés et nous croyons que nous aurons bientôt une solution dont tout le monde, y compris vous, sera satisfait.

Je demanderais maintenant au docteur Liston de vous répondre au sujet de ce service du ministère qui a été dissous et Barbara répondra à la dernière partie de votre question.

Dr. Liston: Pour ce qui est de notre engagement à l'égard du SITSV, que l'on appelle maintenant le SITS, nous avons des plans précis et un calendrier pour la mise en oeuvre de ce service. Nous avons envoyé des demandes de propositions. Nous avons reçu des réponses. Nous sommes à l'heure actuelle en train d'évaluer ces propositions et nous espérons avoir choisi la meilleure ou la plus avantageuse en novembre. Peu après, au début de décembre, nous devrions être en mesure de signer un contrat. Nous avons un plan de travail et un plan de mise en oeuvre d'ici à la fin de mars 1992, et l'organisation est en place. Nous essayons d'agir rapidement pour l'élaboration du SITS.

Avec votre permission, madame la présidente, en ce qui concerne le Centre fédéral sur le sida, je vous dirai qu'on songe beaucoup à généraliser l'information que nous avons dans ce centre. Cela permettrait à d'autres éléments de la Direction générale de la protection de la santé de participer davantage et d'apporter son appui au programme du sida.

[Texte]

• 1630

I'll use an example if I may. Hopefully it will clarify the intent. If one carries out epidemiology uniquely on the question of the number of AIDS cases and so on, it separates that activity from a number of other conditions that are of public health interest. For example, there are a variety of infectious diseases, communicable diseases, which have networks elsewhere within the Health Protection Branch that communicate with directors of provincial laboratories, etc. It was felt that we were at a stage in the maturity of the biomedical aspects of our program that we could bring additional strength to bear and have a more complete response to some of the diseases that are caused by the immunal deficiency states associated with AIDS.

Ms Naegele: To pick up on your remarks with respect to the big lie, I would like to mention that our estimates at this time are that between 25,000 and 35,000 people are HIV positive, and to remind ourselves that initially when we first were struck by this disease we did not have any figures, so the figures that came out tended to be guesstimates as opposed to estimates.

At this time we have been conducting a number of prevalent studies across the country with different populations. We also have a number of sources of data from our clinical trials network, and in addition we have entered into a number of contracts with provinces. All of these are projects to try to get a strong grip on exactly who is HIV positive. We still can't give an absolute concrete kind of number, so we involved some mathematical modeling into our estimates, but the estimates are between 25,000 and 35,000 at this time.

Mr. Pagtakhan: On a point of order, part of my observation was that there was the claim that there has been a big lie on the part of the government. The minister's staff did not answer that part of my observation.

The Chairman: We need to know the percentage of women and so on, because the accusation, "big lie", is such—

Mr. Bouchard: 289 women.

Ms Naegele: The first part of the big lie was that we had said that there were going to be 100,000 people. In fact, there aren't that many people.

The second part of the big lie was that we were saying it was spreading into the heterosexual. We are indeed saying that it is spreading into the heterosexual community, and our findings tell us that approximately 3,000 women in Canada are HIV positive. In addition, there are also a number of children that are HIV positive.

Mrs. Sparrow: Once again, Mr. Minister, I wanted to come back with regard to a national research agenda specifically targeting in on the HIV virus. I think you mentioned to Dr. Wilbee that the department spends about \$8 million a year on research and MRC, the Medical Research Council, spends about \$1.7 million.

[Traduction]

Si vous me le permettez, je vous donnerai un exemple qui devrait vous aider à comprendre notre intention. Si nous faisons des études d'épidémiologie pour déterminer uniquement le nombre des cas de sida, nous laissons de côté un certain nombre d'autres conditions qui ont un intérêt pour la santé publique. Par exemple, il y a diverses maladies infectieuses, de maladies transmissibles, et d'autres services de la Direction générale de la protection de la santé ont établi des réseaux qui leur permettent de communiquer avec les directeurs de laboratoires provinciaux, etc. Nous avons pensé que les aspects biomédicaux de notre programme étaient maintenant suffisamment bien établis pour pouvoir étendre nos efforts et trouver des réponses plus complètes à certaines maladies causées par l'état de déficience immunitaire associé au sida.

Mme Naegele: Pour en revenir à vos observations sur le mensonge éhonté, je vous signale qu'à l'heure actuelle, nous estimons qu'il y a entre 25,000 et 35,000 personnes qui sont séropositives et je vous rappelle que lorsque nous avons été confrontés à cette maladie, nous n'avions aucune donnée de sorte que les chiffres qui ont été publiés étaient en général établis au pifomètre et non pas à partir de données fiables.

À l'heure actuelle, nous menons un certain nombre d'études de prévalence dans tout le pays auprès de différentes populations. Notre réseau d'essais cliniques nous fournit également un certain nombre de sources de données et nous avons en outre conclu des ententes avec les provinces. Grâce à tous ces projets, nous essayons pouvoir déterminer exactement qui est séropositif. Nous n'avons pas encore de chiffres absolument rigoureux, de sorte que nous avons dû utiliser des modèles mathématiques pour faire notre estimation, qui se situe entre 25,000 et 35,000 personnes à l'heure actuelle.

M. Pagtakhan: J'invoque le Règlement. J'ai dit, entre autres que certains prétendent que le gouvernement a menti de façon éhontée. Le personnel du ministre n'a pas répondu à cela.

La présidente: Nous devons connaître le pourcentage de femmes, etc., car l'accusation de «mensonge éhonté», est tellement... .

M. Bouchard: Deux cent quatre-vingt-neuf femmes.

Mme Naegele: Le premier mensonge est que nous avons dit qu'il y aurait 100,000 personnes atteintes. En fait, il n'y en a pas autant.

Deuxièmement, nous avons grossièrement menti lorsque nous avons dit que le sida se répandait parmi les hétérosexuels. Nous disons effectivement que la maladie atteint les hétérosexuels, et nos recherches nous montrent qu'il y a environ 3,000 femmes séropositives au Canada. En plus, il y aussi un certain nombre d'enfants séropositifs.

Mme Sparrow: Encore une fois, monsieur le ministre, je voudrais revenir sur la question d'un programme national de recherche portant précisément sur le VIH. Vous avez dit, je crois, au docteur Wilbee que le ministère dépense environ 8 millions de dollars par année pour la recherche et que le Conseil de recherches médicales dépense environ 1,7 million de dollars.

[Text]

Has the department decided to target a specific national research agenda for the AIDS virus? Have you given any directives, say to the Medical Research Council, and are they in turn working with the provincial research councils so we can utilize our funds most effectively?

Dr. Liston: Priority has been given by the Medical Research Council to do research associated with HIV or AIDS. Unfortunately, I don't have at my fingertips the manner in which it is expressed, but I know there was that directive.

Mrs. Sparrow: Was that their directive or our government's?

Dr. Liston: It was the Medical Research Council's directive.

• 1635

Mrs. Sparrow: Thank you. On a point of clarification, I think the answer is no, that the government hasn't taken any direction as far as the national research agenda for AIDS.

Ms Amelita Armit (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada): Madam Chairman, I'd like to add something on the discussion of AIDS, to explain the part played by the National Health Research Development Program grants, because these are the ones that are specifically targeted to those types of research projects where we would help prevent transmission of the disease.

For example, we have right now a target for youths and adolescents. We've established target groups in terms of transmission of the disease and care because the focus of the Health Research Development Program is in practice community types of services and how to improve them.

We are also, through the research program under NHRDP, using research to help us develop programs and strategies for our education and prevention programs—for example, the knowledge, attitudes, and behaviours of women, adults.

For certain target groups, we've used the results as a basis for programming, for developing education campaigns, for developing resource materials, for use in schools. That's the type of research that we fund.

The Chairman: Mr. Axworthy.

Mr. Axworthy: This may sound a little disjointed, but I wanted to thank you for your comments about ACAP. We look forward to seeing some additional funding there, although I'm sure nobody looks forward to seeing less somewhere else. I think the comments on ACAP were useful.

On the question of research, it might be useful to more clearly state what your research agenda is. I don't think your research strategy is all that clear.

[Translation]

Est-ce que le ministère a décidé de mettre sur pied un programme national de recherche portant précisément sur le virus du sida? Avez-vous donné des directives au Conseil de recherches médicales, par exemple, et est-ce que ce conseil à son tour collabore avec les conseils de recherche provinciaux de manière à utiliser les fonds le plus efficacement possible?

Dr Liston: Pour le Conseil de recherches médicales, la recherche sur le VIH et sur le sida est prioritaire. Malheureusement, je n'ai pas avec moi la directive et je ne peux donc pas vous dire comment cette priorité est exprimée, mais je sais qu'elle y ait.

Mme Sparrow: Est-ce qu'il s'agit de sa directive ou d'une directive du gouvernement?

Dr Liston: C'est celle du Conseil de recherches médicales.

Mme Sparrow: Merci. Donc, pour préciser, je pense que la réponse est non, le gouvernement n'a pas émis de directives en ce qui concerne un programme national de recherche sur le sida.

Mme Amelita Armit (sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé nationale et Bien-être social Canada): Madame la présidente, j'aimerais intervenir dans la discussion sur le sida et expliquer le rôle des subventions du Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Ces subventions servent précisément à financer les projets de recherche qui pourront nous aider à empêcher la transmission de la maladie.

Par exemple, nous avons à l'heure actuelle un projet qui vise les jeunes et les adolescents. En matière de transmission de la maladie et des soins, nous avons établi des groupes cibles car, dans le cadre du Programme de recherche et de développement en matière de santé, nous privilégions les services communautaires et nous cherchons des moyens de les améliorer.

Dans le cadre de ce programme, nous faisons également des recherches en vue d'élaborer des programmes et des stratégies d'éducation et de prévention. Par exemple, nous essayons de déterminer les connaissances, les attitudes et les comportements des femmes, des adultes.

Nous avons utilisé les résultats de ces recherches pour élaborer des programmes à l'intention de certains groupes cibles, pour préparer des campagnes d'éducation, pour rédiger des documents d'information qui sont utilisés dans les écoles. C'est le genre de recherche que nous finançons.

La présidente: Monsieur Axworthy.

M. Axworthy: Vous allez peut-être penser que cela n'a aucun rapport, mais je tenais à vous remercier de vos observations sur le Programme d'action communautaire sur le sida. Nous espérons que ce programme recevra des fonds additionnels, même si je suis sûr que personne ne se réjouira de voir diminuer le financement ailleurs. Je pense que vos observations sur le Programme d'action étaient très utiles.

Pour ce qui est de la recherche, il serait peut-être bon de dire plus clairement ce qu'est votre programme de recherche. Je ne pense pas que votre stratégie en matière de recherche soit très claire.

[Texte]

I'd like to ask the minister one question dealing with what I understood to be, from his comments, his commitment to going to Cabinet for funding for the national AIDS strategy for 1993 onwards. For how long will he be seeking that money? When will he be going to Cabinet to ensure that funding is available? Because I'm sure he's aware that the groups working in the AIDS community are very concerned to ensure that security of funding is assured well before 1993.

So to recap my question, for how long will he be asking for funding, when will he be asking for funding from Cabinet, and how much money will he be asking Cabinet for? It is only one question though, isn't it?

Some hon. members: Hear, hear!

Mr. Bouchard: When exactly is difficult to say. The drug strategy will be over by 1992, one year before the AIDS strategy. Of course I am very concerned about the drug strategy, to see the way that we will deal with this one.

It means that logically, some time between 1992 and 1993 we should be at the Cabinet table and committees to see what we can do.

How much money? I can't make any commitment, it depends. If it's on a five-year plan, as we do now—what we are trying to do is to give some kind of assurance to the groups and people that it won't stop a couple of years after.

Normally, I believe five years is a good pattern. It's a good possibility. It will be determined, Mr. Axworthy, by the capacity we have to do some things. We are going to have to assess where we are, what we should do. For example, research does not require the same kind of money as treatment.

Where will AIDS be in 1992-93? In other words, I keep a lot of doors open, you will understand.

The commitment I can make. . . I don't believe that we will face fewer problems one year from now than we face today. In other words, I would be very surprised if the commitment were less than it is now.

I would like to give the assurance to people involved that they will not have any interruption, that we'll be able to know as much as we can, particularly in the health sector.

• 1640

I have dealt with five or six different departments and it's important anywhere, but particularly in the health sector and AIDS, where I said that 90% of Canadians are more aware than they were, we have to stand and we have to continue to fight and struggle as best we can. Personally, I know that we have. . . around the Cabinet table, and we'll do the best we can. If we got hit the first time, we should be able to do something else.

Mr. Axworthy: Are you saying no less money than before?

Mr. Bouchard: I said I'm going to try to do my best to have the same resources, and maybe more. I said this morning that I never make promises, but I will try to make people sensitive to the fact that we're in the middle of the

[Traduction]

J'aimerais poser au ministre une question sur sa promesse, si j'ai bien compris ses propos, de demander au Cabinet des fonds pour la Stratégie nationale sur le sida pour 1993 et les années suivantes. Pour combien d'années demandera-t-il des fonds? Quand s'adressera-t-il au Cabinet pour s'assurer que les fonds seront disponibles? Je suis convaincu qu'il sait que les groupes qui s'occupent du sida sont très préoccupés et voudraient s'assurer que ces fonds seront réservés bien avant 1993.

Pour résumer ma question, quand s'adressera-t-il au Cabinet, combien d'argent lui demandera-t-il et pour combien d'années? C'est une seule question, n'est-ce pas?

Des voix: Bravo!

M. Bouchard: Il m'est difficile de dire quand exactement je demanderai cet argent. La stratégie sur la drogue prendra fin en 1992, un an avant la stratégie sur le sida. Bien sûr, la stratégie sur la drogue et ce qu'il en adviendra me préoccupe beaucoup.

Logiquement, à un moment donné entre 1992 et 1993, nous nous adresserons au Cabinet et au comité pour voir ce que nous pouvons faire.

Combien d'argent? Je ne peux pas faire de promesse, cela dépendra s'il s'agit d'un plan quinquennal, comme c'est le cas actuellement. Nous essayons de donner aux groupes et aux particuliers l'assurance que le financement ne se tarira pas après quelques années.

Normalement, je pense que ce devrait être pour cinq ans. Il y a de bonnes chances que ce soit cela. Cela dépendra, monsieur Axworthy, de notre capacité à prendre certaines mesures. Nous devrons évaluer où nous en sommes et ce que nous devrions faire. Par exemple, la recherche ne coûte pas aussi cher que le traitement.

Quels progrès le sida aura-t-il fait en 1992-1993? Vous comprendrez que je dois envisager de nombreuses possibilités.

Qu'est-ce que je peux promettre. . . Je ne pense pas que dans un an nous aurions moins de problèmes que nous n'en avons maintenant. En d'autres mots, je serais très étonné que la somme engagée soit inférieure à ce qu'elle est à l'heure actuelle.

Je tiens à assurer les intéressés qu'il n'y aura pas d'interruption, que nous ferons tout notre possible, surtout dans le secteur de la santé.

J'ai traité avec cinq ou six ministères différents et c'est important partout d'être résolu et de continuer à se battre et à résister de notre mieux, mais c'est particulièrement important dans le domaine de la santé et du sida, et j'ai déjà dit que 90 p. 100 des Canadiens sont mieux informés qu'ils ne l'étaient auparavant. Pour ma part, je sais qu'au Cabinet nous avons lutté et que nous continuerons à faire de notre mieux. Nous avons été touchés une première fois, mais nous devrions pouvoir faire quelque chose d'autre.

M. Axworthy: Est-ce que vous dites qu'il n'y aura pas moins d'argent qu'avant?

M. Bouchard: J'ai dit que j'allais faire de mon mieux pour obtenir les mêmes ressources et peut-être plus. J'ai dit ce matin que je ne fais jamais de promesses, mais je vais essayer de sensibiliser des gens au fait que nous sommes en

[Text]

struggle. We will need a lot of resources and help, and AIDS is at the forefront of what as a society I believe. . . You and I were talking this afternoon about children having so many, many demands, but AIDS is there and we have to deal with that.

In other words, there are no guarantees in terms of money and time, but the moral assurance that I will be there myself, and I'm quite sensitive to what you asked me and I'm doing my best.

Mr. Wilbee: I might comment on your publicity campaign. I think that Princess Diana would make an excellent advocate for your program. She probably did as much for the advancement of education on AIDS in one gesture as a lot of paper has done in a long time.

My question is something I think is significant to the medical profession. Is the department taking any position on the mandatory reporting of HIV-positive medical workers—nurses, physicians? What is your position on this?

Mr. Bouchard: Good question. Trust a doctor to ask such a question.

I just want to say about Princess Diana that I can't discriminate in terms of value, but you know that we have Mrs. Hnatyshyn as a spokesperson for us, and I believe she is quite outstanding and can do good work.

In terms of what you raise, what I'm told—I say "what I'm told" because it's not a new issue. . . The information we have in terms of medical practitioners, and particularly the case in the United States with the dentist, is extremely low in terms of possibility. But it's the kind of issue where I don't believe we can take any chances. A lot of times, at the very moment when it's raised in the United States, it's raised in Canada, for the very same reason that we know very well.

We're convening a meeting in December with interested parties to have a full discussion of that issue as we are always trying to do, to see if a consensus can be reached. You know, because it's your own profession, that it's a particularly delicate operation. We're dealing with professionals and professional organizations, but I'm told that we will have support by the Canadian Medical Association and other organizations and all stakeholders, and I believe that we are going to try to do the best we can.

Keeping that in mind, it's there, but at the same time I repeat what I said at the beginning: I want to assure Canadians that information we have means that we believe it's a very low possibility at present in Canada.

Mrs. Anderson: I know that there are many products made for the treatment and care of AIDS patients that come from the pharmaceutical companies. I wonder if you can inform us if any money from the pharmaceutical companies is being directed to research, and if so, how much?

Mr. Bouchard: We have companies that are specifically determined to make that kind of research.

Bert, you might give Mrs. Anderson a little more technical information.

[Translation]

plein combat. Il nous faut beaucoup de ressources et d'aide, et le sida est l'une des grandes préoccupations de la société. Nous parlions cet après-midi des enfants qui ont tant de besoins, mais le sida existe et nous devons nous en occuper.

En d'autres mots, il n'y a pas de garantie en matière d'argent et de calendrier, mais je m'engage moralement à être présent. Je suis très sensible à ce que vous avez demandé et je fais de mon mieux.

M. Wilbee: J'aimerais dire un mot sur votre campagne de publicité. Je pense que la princesse Diana serait un excellent choix pour promouvoir votre programme. Avec un geste, elle a probablement plus contribué à l'avancement de l'éducation en matière de sida que tout un tas de documents depuis des années.

Je veux vous poser une question qui est importante pour la profession médicale. Est-ce que le ministère a pris position sur la déclaration obligatoire des cas de séropositivité parmi les professionnels de la santé—les infirmières et les médecins? Quelle est votre position là-dessus?

M. Bouchard: Bonne question. Il n'est pas étonnant qu'un médecin pose une telle question.

Avant de répondre à votre question, je voudrais tout simplement dire que, sans vouloir mésestimer les mérites de la princesse Diana, vous savez que notre porte-parole est M^{me} Hnatyshyn, qui est une femme remarquable qui fait un excellent travail.

Pour en revenir à votre question, on me dit—et je répète «on me dit», car ce n'est pas une nouvelle question. . . D'après les renseignements dont nous disposons, surtout depuis l'affaire du dentiste américain, il est extrêmement peu probable que des médecins transmettent la maladie à leurs patients. Mais je pense que c'est un domaine où il n'y pas de risque à prendre. Souvent, lorsqu'une question est soulevée aux États-Unis, elle se pose au même moment au Canada, pour la raison que nous connaissons très bien.

En décembre, nous réunirons les parties intéressées pour discuter à fond de cette question, selon notre habitude, pour voir si nous pouvons en arriver à un consensus. Comme vous êtes médecin, vous savez que c'est une entreprise particulièrement délicate. Nous avons affaire à des professionnels et à des associations professionnelles, mais on me dit que l'Association médicale canadienne ainsi que d'autres organismes et tous les intéressés nous appuient et nous ferons de notre mieux.

Cela dit, je répète ce que j'ai déjà dit—je tiens à assurer les Canadiens que nous sommes convaincus, à partir des renseignements dont nous disposons, qu'à l'heure actuelle, le risque est extrêmement faible au Canada.

Mme Anderson: Je sais que les sociétés pharmaceutiques produisent de nombreux médicaments pour le traitement des personnes atteintes du sida. Pouvez-vous nous dire si les sociétés pharmaceutiques consacrent des fonds à la recherche et, dans l'affirmatif, combien?

M. Bouchard: Il y a justement des entreprises qui se consacrent à ce genre de recherche.

Bert, vous pourriez peut-être donner à M^{me} Anderson des renseignements un peu plus techniques.

[Texte]

Dr. Liston: A number of pharmaceutical companies that are undertaking research are funding their own research, both on the development of vaccines as well as on the development of drugs that might be helpful in the treatment of AIDS patients. We're not party to the exact costs because we don't know what payments are made on the part of the company. That is a private company.

• 1645

Suffice it to say that there is a fair degree of interest, and a number of pharmaceutical companies are involved in this. We have some knowledge of that because through our laboratories in Health Protection Branch, where we do some of the diagnostic work, we try in some cases to help them when they are trying to assess whether or not a vaccine may be effective. We do some of the virus determinations for them as a form of assessment of product efficacy. I can't be more specific than that unfortunately, in terms of dollar amounts.

Mr. Pagtakhan: I would like to pursue my observation on the big lie story, because in reply to that observation the committee was told that there has been an increase in the number of cases. The point has been missed, Madam Chair, because when you speak of risk, you speak of relative risk of groups; that is the essence of the science of epidemiology, the differential rates of occurrence of disease among the various groups. If they are different, the targetting of groups for a public campaign to make the most effective use of dollars might be done according to science. I heard the reply of the minister's staff, that data are being pursued, indicating the data are not complete to base a campaign on a so-called "AIDS does not discriminate".

While it may be true to a sense, epidemiologically it is not. We know that there is a differential rate. If that is not true, if there is no difference in rate among the groups, I would like the minister's staff to tell us that if in fact there is no difference, we may say that the big lie news is a big lie. I think it would be a very serious rebuttal without any evidence.

The second point is that in the presentation he implied to the minister there was a need to address the psycho-social issues. I do recall that sometime in 1988, I think soon after the election, a group was convened to look into the mental health status of patients with HIV infection. It's been almost three years since then. I would like the committee to be informed whether this study has been completed, when it is to be reported on, and whether the creation of a national secretariat and the abolition of the Federal Centre for AIDS will make it difficult to implement what I believe are excellent recommendations on attending to the mental needs of a patient with HIV infection or disease. I would like the minister to react to this observation.

[Traduction]

Dr Liston: Un certain nombre de sociétés pharmaceutiques financent leurs propres recherches, que ce soit pour la mise au point de vaccins ou de médicaments qui pourraient aider à traiter les personnes atteintes du sida. Nous ne connaissons pas le montant exact des coûts car nous ignorons quelle partie des paiements la société assume. Il s'agit d'une société privée.

Je me contenterai de dire que cette recherche suscite un intérêt suffisamment grand, et qu'un certain nombre de sociétés pharmaceutiques y participent. Nous sommes au courant de cela puisque nos laboratoires de la Direction générale de la protection de la santé effectuent des travaux de diagnostic, et dans certains cas, nous essayons de les aider à évaluer l'efficacité d'un vaccin. Nous faisons aussi pour eux certaines analyses de virus afin d'évaluer l'efficacité d'un produit. Je regrette de ne pouvoir être plus précis en ce qui concerne les montants.

M. Pagtakhan: J'aimerais poursuivre mon observation au sujet du mensonge éhonté, parce que à la suite de cette observation, on a dit au comité qu'il y avait eu une recrudescence des cas. On est passé à côté de la question, madame la présidente, parce que lorsqu'on parle de risque, il s'agit du risque relatif des groupes; les taux différentiels de maladie chez les divers groupes constituent l'essence de l'épidémiologie. Si ces taux diffèrent, on peut se servir de cette science pour axer sur des groupes une campagne publique de façon à utiliser le plus efficacement possible les sommes dont on dispose. Selon les collaborateurs du ministre, on cherche des données, ce qui montre que les données sont encore insuffisantes pour lancer une campagne sur le thème «Le sida ne fait pas de discrimination».

C'est peut-être vrai d'une certaine façon, mais sur le plan épidémiologique, c'est faux. Nous savons qu'il y a un taux différentiel. Si ce n'est pas le cas, s'il n'y a pas de différence de taux entre les divers groupes, j'aimerais que les collaborateurs du ministre nous le fassent savoir de façon à ce que l'on puisse affirmer que cette histoire de mensonge est elle-même un mensonge. À mon avis, il serait très grave de réfuter quelque chose sans preuve.

Le second point, c'est que dans l'exposé, il a laissé entendre au ministre qu'il fallait résoudre les questions psychosociales. Je me souviens que peu après l'élection, en 1988, on avait demandé à un groupe d'étudier la question de la santé mentale chez les patients infectés par le VIH. Depuis, trois années se sont écoulées. J'aimerais que l'on dise au comité si cette étude a été achevée, quand le rapport a été déposé et également si la création d'un secrétariat national et l'abolition du Centre fédéral sur le sida rendront plus difficile la mise en oeuvre des recommandations, excellentes à mon avis, concernant les mesures à prendre pour répondre aux besoins psychologiques des patients infectés par le VIH ou atteints par la maladie. J'aimerais que le ministre nous dise ce qu'il pense de cette observation.

[Text]

[Translation]

Mr. Bouchard: Yes, I will react to the question and the comment. The question we put has not been tabled yet, but I am told that it's in final production and should be on my desk soon. Of course, as soon as I have the report, we will be able to inform you and other members what has been proposed.

Before I give Mr. O'Shaughnessy the chance to answer the comment about epidemiology, I would like to say a word about the social side of AIDS. We are talking a lot. What interests me most as minister—and I shouldn't say "interests", because everything in terms of AIDS interests me, including the research, the disease itself, the progress, and the drugs.

That social side of AIDS is something, as I saw when I chatted with groups, that is in fact a new reality. In the first years of 1980s, we were discovering the disease. We're trying to find medical answers, but today extension of life particularly and support given by new drugs and so on makes a different life for people living with AIDS. It may be in terms not of two or three years, but it could be five, ten, and maybe more than that.

• 1650

Then you have particular social problems. We are talking about housing, we are talking about social workers, the fact that discrimination is there. Unfortunately, people don't understand what happens and the particular kind of discrimination against particular people.

For that reason, I believe we will have to put much more emphasis on the social side of the disease, people having to live with it and having to face realities. It's one of the reasons we have created the particular section within Amelita's branch to deal particularly with that. We believe it will be one of the most essential parts of the role the department will have to play with AIDS. I'm looking forward to having the most recommendations at that level.

I know we have people from the press, and it's something Canadians have to understand. AIDS is not only a medical problem; it's not only a disease. AIDS is a state of life and a state of social reality people have to live with. For that reason we have to pay much more attention than we did before.

Once again, I have nothing against the way we can heal AIDS. It's there and we do our best. But in the meantime, people live with the disease and we have to deal with that.

Mr. Michael O'Shaughnessy (Acting Director General, Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada): You asked some questions about risk activity. We look at risk perhaps a little bit differently than the reporters did. We reckon risk is associated with sex between a positive person and a negative person. Whether their gender is male or female really does not matter. Although the reporters stress the fact that AIDS is transmitted principally by anal intercourse, on the worldwide stage, that in fact is not true. In the world, 70% of cases of HIV are transmitted through vaginal intercourse.

M. Bouchard: Je répondrai tant à la question qu'à l'observation. Le rapport n'a pas encore été déposé, mais on me dit qu'il en est à l'étape finale de sa rédaction et que je pourrais bientôt en prendre connaissance. Bien sûr, dès que j'aurai le rapport, je pourrai vous informer, vous et les autres députés, des propositions faites.

Avant de laisser la parole à M. O'Shaughnessy pour qu'il réponde à l'observation sur l'épidémiologie, j'aimerais dire quelques mots au sujet de l'aspect social du sida. Nous parlons beaucoup. À titre de ministre, je m'intéresse à tous les aspects du sida, y compris la recherche, la maladie elle-même, les progrès réalisés et les médicaments mis au point.

Comme je l'ai constaté en parlant avec certains groupes, l'aspect social du sida constitue en fait une nouvelle réalité. Au début des années 80, nous avons commencé à détecter la maladie. Nous en étions à essayer de trouver des solutions médicales. Mais aujourd'hui, les gens atteints du sida vivent différemment grâce à de nouvelles drogues qui permettent de prolonger leur vie et de les soutenir. On parle de deux ou trois ans, mais il en faudra peut-être cinq, dix et peut-être davantage.

Et puis, il y a des problèmes sociaux particuliers. On parle du logement, des travailleurs sociaux, de la discrimination qui existe. Malheureusement, les gens ne comprennent pas ce qui arrive, et ils n'ont pas une idée de la discrimination particulière exercée contre certaines personnes.

C'est pourquoi nous devons mettre davantage l'accent sur l'aspect social de la maladie, sur les gens qui en souffrent et qui sont confrontés à cette réalité. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons créé une section spéciale au sein de la direction générale d'Amelita. Nous estimons qu'il s'agira d'un des éléments essentiels du rôle du ministère à l'égard du sida. J'espère recevoir un grand nombre de recommandations à ce niveau.

Je sais qu'il y a des journalistes, et c'est quelque chose que les Canadiens doivent comprendre. Le sida n'est pas seulement un problème médical; ce n'est pas seulement une maladie. Le sida est un état de vie et un état de réalité sociale avec lequel les gens doivent composer. C'est pourquoi nous devons nous montrer plus attentifs que par le passé.

Bien sûr, il faut trouver le moyen de guérir cette maladie, et nous faisons de notre mieux. Mais entre-temps, il y a des gens qui en sont atteints et nous devons les aider.

M. Michael O'Shaughnessy (directeur général intérimaire, Centre fédéral sur le sida, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada): Vous avez posé des questions sur les activités comportant un risque. Nous avons peut-être un point de vue différent des journalistes sur ce qui constitue un risque. Nous estimons que le risque est associé aux relations sexuelles entre une personne infectée et une personne non infectée. Le sexe des personnes qui ont ces relations n'est pas vraiment pertinent. Les journalistes insistent sur le fait que le sida est principalement transmis par les relations anales, mais à l'échelle mondiale, c'est faux. Soixante-dix pour cent des cas de VIH dans le monde sont transmis par les relations vaginales.

[Texte]

The present situation is that most of the cases of AIDS are in young gay men. They have borne the burden of this disease and this epidemic, and we tailor most of the department's education to educating young gay men. At the same time, the epidemic does exist in women and heterosexuals. We cannot abandon the responsibility towards first, finding out how much of the epidemic is outside the normal high risk group—that is, the identified group of young gay men—and second, finding out what we can do about it to prevent further transmission.

Mrs. Sparrow: Amelita was answering my previous question on a national research agenda and explaining with regard to Health and Welfare working with various communities and organizations and the different health ministers, and also what you're doing for education. I think it's obvious that we are putting our efforts into prevention. When you're working with limited funds, you want to get the greatest value out of the dollars you have, so prevention is the obvious way to go. And I commend you for that, Mr. Minister.

In regards to your colleague, the Solicitor General, and in regards to the problems in the spreading of HIV in prisons, whether it be through sexual behaviour or sharing dirty needles, it's a major problem. What sort of plan or positive approach have you come forth with with Mr. Lewis?

Mr. Bouchard: It's one of the easy questions we have to answer. The problem is there, and at the moment where there's a problem, we should do our best to deal with it. We spoke with Mr. Lewis recently and we still have to have discussions; it's not over yet. I believe we will have to provide condoms, for example. We believe that has to be done, in light of the fact that it is a question. . . Legally there is a problem in terms of the recognition of sexual relations in prison. On the other side, there is the reality.

• 1655

Personally, I always try to be practical and to deal with the reality. It is there and we will have to do something. I believe that Mr. Lewis understands the problem. He assured me that he will deal with it in a way that he can. I am not a lawyer myself, and I am not the jurist whatsoever, so I don't know exactly what the involvement is. I am saying that is the reality, and if we need to provide condoms then we should do that, to permit people to avoid the expansion of the disease. The question is not whether or not you agree with it, that is not the reality. The reality is that we have a problem and we have to do our best to avoid the expansion of the disease. If condoms in prison is the way to do that, then we will do it. Mr. Lewis said he will collaborate with me.

Mr. Axworthy: Following up on that point, it seems to most people that you have at least three problem areas within Cabinet. One is with the Solicitor General and the serious situation in prisons. Another is with the Minister of

[Traduction]

À l'heure actuelle, la plupart des cas de sida affectent les jeunes hommes homosexuels. Ce sont eux qui ont le plus souffert de cette maladie, qui ont le plus été touchés par cette épidémie, et la plupart des programmes d'éducation du ministère visent cette clientèle. Cependant, l'épidémie touche aussi les femmes et les hétérosexuels. Nous ne pouvons pas cesser nos travaux pour ce qui est premièrement de déterminer dans quelle mesure l'épidémie frappe hors du groupe normal à risque élevé—c'est-à-dire, le groupe identifié des jeunes hommes homosexuels—et deuxièmement, de trouver ce que nous pouvons faire pour éviter que l'épidémie ne se répande davantage.

Mme Sparrow: Amelita a répondu à ma question précédente au sujet du programme national de recherche et elle a expliqué que Santé et Bien-être social Canada travaille en collaboration avec diverses communautés et organismes, ainsi que divers ministres de la Santé. Elle a aussi parlé de ce que vous faites dans le domaine de l'éducation. Il est clair que les efforts sont axés sur la prévention. D'ailleurs, la prévention est une orientation évidente lorsque l'on dispose de fonds limités et que l'on veut faire le meilleur usage possible de chaque dollar. Je vous en félicite, monsieur le ministre.

Quant à votre collègue, le solliciteur général, et pour ce qui est de la transmission du VIH dans les prisons, que ce soit par relations sexuelles ou partage de seringues contaminées je dirai qu'il s'agit d'un problème très important. Quelle sorte de méthode ou de plan positif avez-vous mis au point avec M. Lewis?

M. Bouchard: C'est une question à laquelle il me sera facile de répondre. Le problème existe, et à partir de là nous devons faire de notre mieux pour le régler. Nous en avons parlé récemment avec M. Lewis et nous devrons en discuter encore; ce n'est pas fini. Par exemple, je crois que nous devrons distribuer des condoms. Nous devrons le faire même s'il y a un problème légal, celui de la reconnaissance des relations sexuelles en prison. Malheureusement, c'est la réalité.

Pour ma part, j'essaie toujours de faire preuve de sens pratique et de composer avec la réalité. Cette réalité existe et nous devons faire quelque chose. Je crois que M. Lewis comprend le problème. Il m'a assuré qu'il ferait ce qu'il peut pour régler le problème. Je ne suis pas avocat, pas plus que juriste, je ne sais donc pas exactement ce que cela comporte. Mais c'est la réalité, et si nous devons distribuer des condoms, faisons-le, afin d'éviter la propagation de la maladie. Il ne s'agit pas d'approuver ou de désapprouver. La réalité, c'est qu'il y a un problème et que nous devons faire de notre mieux pour éviter la propagation de la maladie. Si pour cela il faut distribuer des condoms dans les prisons, faisons-le. M. Lewis m'a assuré de sa collaboration.

M. Axworthy: Sur ce même sujet, la plupart des gens croient que vous avez au moins trois problèmes au sein du Cabinet. Il y a d'abord le solliciteur général et le grave problème des prisons. Puis il y a le ministre de la Justice et,

[Text]

Justice, and you alluded to that with regard to changes to the Human Rights Code, particularly with regard to sexual orientation. Third is with regard to the Minister of Employment and Immigration—you alluded to that too—dealing with clear directions to immigration officers with regard to the entry into Canada of those who test HIV positive or who have AIDS.

Could you be specific about what you have told or what you plan to tell those ministers about making appropriate changes in their policies with regard to those three basic issues: prisons, immigration—which is still not resolved—and the Department of Justice, which clearly is still not resolved, and a long-term commitment of the government.

Mr. Bouchard: On the Department of Employment and Immigration, I recall what I said before. It does not represent a problem at the present time. We have not turned down a lot of requests in terms of visitors or immigrants. As far as I know, as Mr. Faulkner said before, immigrants are controlled abroad, and visitors, except if they are an exceptional case, there is no problem. I have not heard that we have refused a lot of visitors because we believe they might carry the virus.

In terms of the Solicitor General, I just said that Mr. Lewis agrees to consider. The question a lot of the time is legislation, and a lot of times it is a question of values. We are trying to deal with the reality, as I said before. It is a question of legislation. I believe you have in mind the same, I believe, that we have in terms of the Department of Justice.

With my colleague, Ms Campbell, I am going to try, in terms of pornography, in terms of dealing with children, in terms of violence. . . there is much to do in all of those fields. We live in a world where legislation is long to be changed to correspond to values. . . They do not have to change necessarily, but we have to take into consideration that we are in a pluralistic society.

I have been Minister of Health for only five or six months, but the collaborations I have had with the Department of Justice, the Department of the Solicitor General, and the Department of Employment and Immigration have been good, and I don't believe that it will change. But it could be improved, it could be changed in light of the new reality. Five or ten years ago AIDS was considered societally in a perspective which in my view unfortunately has not changed today. There is a lot of discrimination again, useless discrimination, misunderstanding about what is AIDS.

• 1700

It is interesting the question Mr. Pagtakhan raised in terms of women and children. I was absolutely shocked at what I've seen myself, and I am one of those who believe that there is no reason, and we will not overlook what could happen in terms of women, in terms of children, in terms of the society where we are. I told Mrs. Greene, because I know that is her own turf, I was on Bay Street recently at the bus terminal in Toronto, and I had a chance to see the reality of

[Translation]

comme vous en avez fait mention, les changements au Code des droits de la personne, spécialement en ce qui a trait à l'orientation sexuelle. Enfin, il y a le ministre de l'Emploi et de l'Immigration—vous en avez également fait mention—qui doit établir des directives claires à l'intention des agents d'immigration pour ce qui est de l'entrée au Canada de personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida.

Pourriez-vous nous dire précisément ce que vous avez dit, ou ce que vous prévoyez dire, à ces ministres au sujet des changements qu'ils devraient apporter à leurs politiques à l'égard de ces trois questions fondamentales: les prisons, l'immigration—question qui n'est pas encore résolue—et le ministère de la Justice, autre question qui, de toute évidence, n'est pas encore résolue, ainsi qu'un engagement à long terme du gouvernement.

M. Bouchard: Pour ce qui est du ministère de l'Emploi et de l'Immigration, je répéterai ce que j'ai dit auparavant. À l'heure actuelle, il n'y a pas de problème. Nous n'avons pas refusé beaucoup de demandes de visiteurs ou d'immigrants. À ma connaissance, comme M. Faulkner l'a dit auparavant, les immigrants subissent des contrôles à l'étranger. Quant aux visiteurs, ils ne présentent pas de problème, sauf dans des cas exceptionnels. Je ne crois pas que l'on ait refusé l'entrée au pays à beaucoup de visiteurs parce qu'ils pourraient être porteurs du virus.

Pour ce qui est du solliciteur général, je viens de dire que M. Lewis accepte d'étudier la question. Le problème, c'est souvent la loi et c'est souvent une question de valeurs. Nous essayons de composer avec la réalité, comme je l'ai dit. C'est une question de loi. C'est également le cas du ministère de la Justice.

Avec ma collègue, M^{me} Campbell, j'essaierai de m'attaquer à la question de la pornographie, de l'exploitation des enfants, de la violence. . . Il reste beaucoup à faire dans tous ces domaines. Nous vivons dans un monde où les lois sont lentes à s'adapter aux valeurs. . . Il n'est pas toujours nécessaire de les modifier, mais nous devons tenir compte du fait que nous vivons dans une société pluraliste.

Je ne suis ministre de la Santé que depuis cinq ou six mois, mais j'ai profité d'une bonne collaboration du ministère de la Justice, du ministère du Solliciteur général et du ministère de l'Emploi et de l'Immigration. Je ne crois pas que cela changera, mais on pourrait accroître cette collaboration, compte tenu de la nouvelle réalité. Malheureusement, nous considérons l'aspect social du sida sous le même jour qu'il y a cinq ou dix ans. Il y a encore beaucoup de discrimination, une discrimination inutile, et d'incompréhension au sujet du sida.

Je trouve intéressante la question de M. Pagtakhan sur les femmes et les enfants. J'ai été absolument horrifié par ce que j'ai vu. Je suis de ceux qui croient que rien ne motive cela, et nous étudierons certainement les répercussions sur les femmes, les enfants et l'ensemble de la société. Comme je l'ai dit à M^{me} Greene, parce que je sais que c'est dans sa région, je me suis retrouvé récemment sur la rue Bay, à Toronto, à la gare routière, où j'ai eu l'occasion de constater

[Texte]

that word, and a lot of Canadians would have a lot of advantage in having a short period of time in there to understand that we have those problems.

In other words, I have a good collaboration, and I can say that at the stakeholder's level, the groups themselves, the department works well. You were talking yourself about restructuring. You know very well that I asked Mr. Pouliot particularly to reconsider. He did, and he worked with the groups and everybody. I think there is a lot of collaboration on AIDS and the AIDS struggle now, and there is no reason to believe that it won't be the same. But we have to take into account what has been done for the last ten years. I hope we will be able to say, for example, in ten years from now, that discrimination is over, that we have the medical answers to the problem, and that we can consider to do the same thing for another disease. I hope so.

The Chairman: Thank you. Dr. Wilbee has one last question, if that is agreeable.

Mr. Wilbee: I am not sure whether I haven't been hearing the answer or whether the question hasn't been asked, or just what the difficulty is. This is going back to the research question, outside the Medical Research Council. Regarding the money that is being spent, I would like to know if there is a co-ordinating body for the research. How are the projects selected, and who is it that makes the decision on these things? In other words, is it somebody just comes to you with a request for money, or what is the actual process in funding research outside the Medical Research Council?

Mr. Pouliot: There is a committee of specialists that has been set up to advise the minister on a number of AIDS issues, and particularly on research. This committee is called the National Advisory Committee on AIDS, or NAC AIDS for short. It is presided over by Dr. Lapointe, who is a specialist at the St. Justine Hospital in Montreal. The members of this committee represent the community groups, the groups like the Canadian AIDS Society, the Hemophilia Society and so on. So the groups are represented on this committee, but there are also some specialists who advise us and advise the minister on the priorities and where the money should be spent in research, and also in other areas of involvement of the department.

The Chairman: I have a request for another question from Dr. P. Is that agreeable to the committee?

Mr. Pagtakhan: One last point, Madam Chairman.

The Chairman: Well, is it agreeable first?

Mr. Bouchard: I will agree with Dr. Pagtakhan.

The Chairman: Only if it is short.

Mr. Bouchard: Short question, sir.

Mr. Pagtakhan: Yes, Madam Chair. I was just reading the Federal Centre for AIDS statistics, October 6 and October 7, 1991. It examined four risk factors, and definitely homosexual and bisexual as a risk factor constitutes 78% of

[Traduction]

par moi-même cette réalité. Il serait profitable à bon nombre de Canadiens d'aller y passer un moment pour comprendre les problèmes que nous avons.

En d'autres mots, je jouis d'une bonne collaboration, et le ministère fonctionne bien au niveau des groupes eux-mêmes. Vous parliez d'ailleurs vous-même de restructuration. Vous savez que j'ai demandé à M. Pouliot, plus particulièrement, de réétudier la question. Il l'a fait, et il a travaillé avec les groupes et les intéressés. Il existe un réseau de collaboration sur le sida et la lutte contre cette maladie, et il n'y a pas de raison de croire que cela cessera. Nous devons cependant tenir compte de ce qui a été fait au cours des 10 dernières années. J'espère que dans 10 ans, nous pourrions dire qu'il n'y a plus de discrimination, que nous avons les solutions médicales aux problèmes et que nous pouvons passer à une autre maladie.

La présidente: Merci. M. Wilbee a une dernière question à vous poser, si cela vous va.

M. Wilbee: Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris la réponse, si la question a été posée, ou de comprendre quelle est la difficulté. Il s'agit de la question de la recherche, à l'extérieur du Conseil de recherches médicales. Compte tenu des sommes qui sont dépensées, j'aimerais savoir s'il existe un organisme de coordination de la recherche. Comment les projets sont-ils choisis, qui prend les décisions à ce sujet? En d'autres mots, est-ce qu'il suffit de vous présenter une demande de fonds? Comment procède-t-on pour financer la recherche à l'extérieur du Conseil de recherches médicales?

M. Pouliot: Un comité de spécialistes a été créé pour conseiller le ministre sur la question du sida, et plus particulièrement sur la recherche. Il s'agit du Comité consultatif national sur le sida, ou CCN SIDA. Le comité est présidé par le Dr Lapointe, un spécialiste de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal. Les membres du comité représentent des groupes de la communauté, entre autres, la Société canadienne du sida et la Société de l'hémophilie. En outre, nous recevons aussi de certains spécialistes des conseils sur les priorités et les éléments auxquels on devrait consacrer l'argent de la recherche, de même que des conseils dans d'autres domaines où le ministère est représenté.

La présidente: M. Pagtakhan demande s'il peut poser une autre question. Le comité est-il d'accord?

M. Pagtakhan: Un dernier point, madame la présidente.

La présidente: Je veux bien, mais est-ce que le comité est d'accord?

M. Bouchard: Je suis d'accord avec M. Pagtakhan.

La présidente: Je vous demanderai d'être bref.

M. Bouchard: Une question brève, monsieur.

M. Pagtakhan: Oui, madame la présidente. Je viens de consulter les statistiques du Centre fédéral du sida, datées du 6 et du 7 octobre 1991. On y a examiné quatre facteurs de risque, et parmi ces facteurs, les relations homosexuelles et

[Text]

cases. So it is right that there are relative risks, and to say that there is risk is potentially to mislead, and to say that there is no relative difference in the risk weakens the thrust of the news report. I think it must be clarified for the welfare of Canadians and for the efficacy of targeting programs.

• 1705

Mr. O'Shaughnessy: The difficulty in using AIDS statistics is using a historical measure. Those are cases of infection that probably occurred around 1980, 1978 to 1981. So when you use AIDS statistics to predict where an epidemic will go tomorrow, we have a big problem with that, and many individuals have made that mistake in the past.

So it is difficult to look at statistics that are the result of infections that occurred more than a decade ago and predict where the epidemic is going in the future. It's as simple as that. Those infections are more than ten years old.

The Chairman: And your statistic was a world-wide statistic, was it not?

Mr. O'Shaughnessy: That's right. The way we collect cases is consistent with the WHO.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. We certainly enjoyed your presentation, and the members certainly received a lot of information.

We have to approve the Order in Council appointments. We need just one opposition member. Make the motion to approve the Order in Council appointments. All in favour? Opposed? Carried.

This meeting stands adjourned.

[Translation]

bisexuelles représentent 78 p. 100 des cas. Il est donc vrai qu'il existe des risques relatifs. Si on dit qu'il y a risque, on pourrait induire les gens en erreur, et si l'on dit qu'il n'y a pas de différence relative dans le risque, on affaiblit la portée du rapport d'information. Je crois qu'il faut éclaircir cette question pour le bien-être des Canadiens et pour mieux adapter le programme.

M. O'Shaughnessy: Le problème que posent les statistiques sur le sida, c'est qu'on a affaire à des données historiques. Dans certains cas, l'infection a probablement été contractée vers 1980, de 1978 à 1981. Donc, si on utilise les statistiques sur le sida pour prévoir l'évolution de l'épidémie, cela pose un gros problème et beaucoup ont commis cette erreur par le passé.

Il est difficile de se servir de statistiques sur des infections contractées il y a plus d'une décennie pour prévoir dans quel sens l'épidémie évoluera à l'avenir. Ces infections remontent à plus de dix ans.

La présidente: Il s'agissait de statistiques mondiales, n'est-ce pas?

M. O'Shaughnessy: C'est exact. Nos méthodes de collecte des données sur les cas sont compatibles avec celles de l'OMS.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur le ministre. Nous avons beaucoup apprécié votre exposé et nous en tirons tous beaucoup de renseignements.

Nous devons approuver les nominations par décret du conseil et nous n'avons besoin que d'un député de l'opposition. Je sollicite une motion pour l'approbation des nominations par décret du conseil. Qui est pour? Qui est contre? La motion est adoptée.

La séance est levée.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Mr. François Pouliot, Senior Assistant Deputy Minister;

Ms Barbara Naegele, Acting Executive Director, National AIDS Secretariat;

Dr. Bert Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Mr. Michael O'Shaughnessy, Acting Director General, Federal Centre for AIDS, Health Protection Branch;

Ms Amelita Armit, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch;

Mr. Neil Faulkner, Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social :

M. François Pouliot, Sous-ministre adjoint principal;

M^{me} Barbara Naegele, Directrice exécutive intérimaire, Secrétariat national sur le SIDA;

D^r Bert Liston, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé;

M. Michael O'Shaughnessy, Directeur général intérimaire, Centre fédéral sur le SIDA, Direction générale de la protection de la santé;

M^{me} Amelita Armit, Sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé;

Mr. Neil Faulkner, Sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux.



CANADA'S CHILDREN: Investing in our Future



**Report of the Standing Committee on Health and
Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

**Barbara Greene, M.P.
Chair**

Sub-Committee on Poverty

December 1991

CANADA'S CHILDREN: Investing in our Future

**Report of the Standing Committee on Health and
Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

**Barbara Greene, M.P.
Chair**

Sub-Committee on Poverty

December 1991

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 5

Tuesday, December 3, 1991

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 5

Le mardi 3 décembre 1991

Présidence: Barbara Greene

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee on Poverty

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité de la pauvreté

INCLUDING:

Second report to the House: Canada's Children: Investing in our Future

Y COMPRIS:

Deuxième rapport à la Chambre: Les enfants du Canada: Notre avenir

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON POVERTY OF THE STANDING
COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL
AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairman: Chris Axworthy

Members

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Eugene Morawski

Clerk of the Sub-Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ SUR LA PAUVRETÉ DU COMITÉ
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME
ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-président: Chris Axworthy

Membres

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Le greffier du Sous-comité

Eugene Morawski

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

SECOND REPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of poverty.

The Sub-Committee submitted its First Report to the Committee.

Your Committee adopted the following Report which reads as follows :

Acknowledgements

The Sub-Committee acknowledges with gratitude the co-operation and assistance of the many individuals and organizations who contributed to this study of a plan to eliminate child poverty in Canada by the year 2000.

There is unanimous agreement that child poverty should be eliminated but the issue of how to solve this distressing problem is complex and controversial. It is indeed gratifying to see the number of Canadians willing to share their experiences, expertise and insight and attempt to provide practical solutions to address this problem.

Particular thanks are due to Ms. June Dewetering of the Library of Parliament Research Branch who competently and enthusiastically provided research and drafting services. Finn Poschmann of the Library of Parliament also spent many hours designing and producing computer simulations which were important tools for the Committee's deliberations. The Department of Health and Welfare also assisted the Committee in its development of many of the concepts in this report.

The Clerk's sector provided the invaluable assistance of Clairette Bourque, Nino Travella and Eugene Morawski in co-ordinating hearings, organizing meetings and assisting in the translation of material.

The Committees Directorate and the Translation Bureau of the Secretary of State and the Operational Services of the Library of Parliament are also commended for their work on this report.

Many Members of Parliament are to be commended for taking the time out of their busy schedules to contribute to this important task.

Progressive Conservative

Nicole Roy-Arcelin, Chair, November 1989 to November 1990		7 meetings
Barbara Greene, Member, November 1989 to November 1990	5	
Chair, November 1990 to Present	21	26 meetings
Edna Anderson, Member, April 1991 to Present	10	
Substitute	2	12 meetings
Jean-Luc Joncas, Member, April 1991 to Present		12 meetings
Louise Feltham, Member, November 1990 to April 1991		5 meetings
Harry Brightwell, Substitute		1 meeting
John Cole, Substitute		1 meeting
Doug Fee, Substitute		1 meeting
Ken James, Substitute		1 meeting

Liberal

David Dingwall, Member, November 1989 to November 1990		1 meeting
Albina Guarnieri, Member, November 1990 to April 1991	3	
Substitute	2	5 meetings
Rey Pagtakhan, Member, April 1991 to Present	8	
Substitute	6	14 meetings
Beth Phinney, Substitute		3 meetings
Joe Fontana, Substitute		1 meeting
Mac Harb, Substitute		1 meeting
Robert Nault, Substitute		1 meeting
Christine Stewart, Substitute		4 meetings
David Walker, Substitute		2 meetings

N.D.P.

Joy Langan, Member, November 1989 to November 1990		5 meetings
Chris Axworthy, Member, November 1990 to Present		12 meetings
Mike Breaugh, Substitute		4 meetings
Jim Karpoff, Substitute		1 meeting
Jack Whittaker, Substitute		1 meeting

TABLE OF CONTENTS

CANADA'S CHILDREN — Investing in our Future	3
INTRODUCTION	3
A. WHY STUDY CHILD POVERTY?	3
B. PAST PARLIAMENTARY STUDIES	5
C. THE SUB-COMMITTEE'S STUDY AND METHODOLOGY	5
 CHAPTER ONE — The Dimensions of Child Poverty	7
A. HOW DO WE DEFINE AND MEASURE POVERTY?	7
1. The Statistics Canada Low Income Cut-Offs	8
2. Other Measures of "Poverty"	9
B. THE EXTENT OF CHILD POVERTY: HOW MANY POOR CHILDREN?	10
C. THE DEPTH OF POVERTY: HOW POOR ARE OUR POOR?	12
D. THE DURATION OF POVERTY: HOW LONG ARE OUR POOR FAMILIES POOR?	12
E. THE EFFECTS OF CHILD POVERTY	15
1. The Effects on Physical Health	15
2. The Effects on Educational Attainment	18
3. The Correlation With Persistent Offending	20
F. Poverty Among Aboriginal Canadians	21
G. An International Perspective	24
 CHAPTER TWO — Child Benefits under the Federal Tax/Transfer System	27
A. THE CANADA ASSISTANCE PLAN	27
B. THE FAMILY ALLOWANCE PROGRAM	31
C. THE REFUNDABLE CHILD TAX CREDIT	32
D. THE NON-REFUNDABLE CREDITS	34
1. The Non-Refundable Child Tax Credit (Dependent Child Credit)	34
2. The Non-Refundable Married or Equivalent-to-Married Credit	34
E. THE CHILD CARE EXPENSE DEDUCTION	35
F. THE REFUNDABLE GOODS AND SERVICES TAX CREDIT	35
G. CONCLUSION	36
 CHAPTER THREE — The Causes of Poverty	39
A. INCOME INADEQUACY	39
1. Full Employment	40
2. Minimum Wage Rates	40
3. Social Assistance	41
4. Pay and Employment Equity	42
B. CHILD CARE	43
C. SOCIAL HOUSING	43
D. THE EROSION OF CHILD BENEFITS	44
E. THE CHALLENGES FOR REFUGEES	45

CHAPTER FOUR — New Directions	47
A. PRIMARY PREVENTION AND EARLY INTERVENTION PROGRAMS	47
1. A "Healthy Babies" Strategy	47
2. Child Care	49
3. Intervention in the Schools and Community Support	53
4. Social Housing	57
B. INCOME ADEQUACY AND EMPLOYMENT CREATION	60
1. The Social Assistance System	61
2. The Minimum Wage	62
3. Employment Creation and Job Training	63
4. The Tax and Transfer System	67
C. ABORIGINAL CANADIANS	69
D. A COMPREHENSIVE PLAN OF ACTION	69
 APPENDIX A	 71
 APPENDIX B — List of Witnesses	 103
 APPENDIX C — List Of Individuals And Organizations Having Submitted Briefs	 109
 Minutes of Proceedings	 113

MIND'S DOOR

In my mind there was a wall and this wall I could not climb

So after months of puzzled thinking I decided to build
a door

I brought a saw and bought some wood and cut a hole in
the wall

The door was oak with a handle of gold and brass
hinges that shone

At last it was finished and taking a light I stepped inside
and in that circle of light I saw and I cried for in front of me
rose another wall higher than the first

(poem written by a child from Fredericton, as presented to the Sub-Committee)

CANADA'S CHILDREN

Investing in our Future

INTRODUCTION

A. WHY STUDY CHILD POVERTY?

The Sub-Committee on Poverty of the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women was created in June 1989 at the suggestion of Members of Parliament from the three major political parties. On 24 November 1989, the House of Commons unanimously passed a motion introduced by Mr. Ed Broadbent, the then Leader of the New Democratic Party:

That this House express its concern for the more than one million Canadian children currently living in poverty and seek to achieve the goal of eliminating poverty among Canadian children by the year 2000.

Representatives from the three major political parties spoke on the motion, indicating that child poverty is not a partisan issue. Mr. Broadbent stated that:

Whatever their philosophical basis . . . I know there is not the slightest bit of difference in terms of [Canadians'] commitment to the well-being of children. . . . (T)here is no difference on the commitment to overcome child poverty. . . . We have the ability. We have done it before on pensions . . . [and] on medicare. What we need now is to demonstrate the same will concerning the needs of our children. ¹

In his remarks, Mr. Lloyd Axworthy of the Liberal party said:

I urge all members to support the motion to demonstrate to Canadians that Parliament . . . has the capacity, and . . . the political will to confront and to resolve child poverty throughout this great nation. ²

This broad Parliamentary support for the motion was re-iterated by the Honourable Perrin Beatty, the then Minister of National Health and Welfare, when he stated:

All Canadians . . . care deeply about the future of our children and about the future of our country. All Canadians can work together to try to deal with this issue. . . . Any society that cares about its future must care about the plight of its children today.³

¹ *House of Commons Debates*, 24 November 1989, p. 6178.

² *Ibid.*, p. 6206.

³ *Ibid.*, p. 6180, 6202.

Prime Minister Brian Mulroney has also expressed his concern:

No one suffers more from poverty than children. . . . (T)he problems facing children must be addressed urgently. . . . There is a realization that there are several aspects to the healthy development of children—economic, medical and technological.

(T)he goal of the [World] Summit [for Children] was to catalyze practical action by governments, international organizations, non-governmental organizations and families—who will always have the major responsibility to provide a loving environment for the children of the world.

At the [Summit], 71 world leaders endorsed a common Declaration and a Plan of Action. In the Declaration, they committed themselves to principles to guide their governments. . . . In the Action Plan, they endorsed specific goals and a wide range of steps to improve the lives of children around the world. ⁴

For the children of Canada, 1 October 1990 was a noteworthy day, as the Prime Minister addressed the United Nations General Assembly on the occasion of the World Summit for Children. Also on that date, the Prime Minister requested the Minister of National Health and Welfare to provide Cabinet with recommendations on the Declaration and Action Plan, that would set goals and directions on which to base national action programs regarding children.

The Minister of National Health and Welfare's response was immediate. In the House of Commons on 1 October 1990, the Minister stated:

(T)he Prime Minister today asked me to co-ordinate activities within the government relating to children in response to the declaration on behalf of children at the United Nations. . . . I am announcing today the creation of a children's bureau within Health and Welfare Canada to assist us in doing that. ⁵

Although the rights of children had been recognized internationally with the 1959 United Nations Declaration of the Rights of the Child, a firmer commitment to the rights of children was sought by many nations during the International Year of the Child in 1979. This advocacy has resulted, in part, in the United Nations Convention on the Rights of the Child.

On 20 November 1989, this Convention was adopted by consensus in the United Nations General Assembly. Generally, the Convention addresses the social, economic, cultural, civil and political rights of children, including rights related to their physical and material well-being; rights designed to protect them from abuse, neglect and exploitation; rights that contribute to their development through education and leisure activities; cultural and linguistic rights; and the right of children to express their views and participate in the decisions that affect them.

Canada signed the Convention on 28 May 1990, but before ratification can take place, the federal, provincial and territorial governments must review their laws and policies to ensure consistency with the Convention's obligations and principles. Speaking in the House of Commons on 1 October 1990, Mr. Beatty stated that:

⁴ Office of the Prime Minister, *Notes for an Address by Prime Minister Brian Mulroney at the United Nations General Assembly*, 1 October 1990.

⁵ *House of Commons Debates*, 1 October 1990, p. 13614.

We are committed to full ratification of the (C)onvention. We will have that done before the end of next year. Our goal is to ensure that all legislation in Canada is compliant with the (C)onvention itself which will enter into Canadian Law.⁶

B. PAST PARLIAMENTARY STUDIES

Parliamentary study of poverty is not new. Two decades ago, a Special Senate Committee studied the issue of poverty, and published its report *Poverty in Canada*. In 1980, the Standing Senate Committee on Health, Welfare and Science published *Child at Risk*, which examined the relationship between early childhood experiences, including poverty, and criminal behaviour. Most recently, in January 1991, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology published its report *Children in Poverty: Toward a Better Future*. This report followed the Committee's interim report of December 1989 entitled *Child Poverty and Adult Social Problems*.

The current study of child poverty is notable, given that the House of Commons has studied some of the issues related to child poverty, such as crime, violence, family benefits and job displacement, rather than child poverty *per se*. The time has come for the House of Commons to add its study, thoughts and recommendations on this very important issue, an issue which will affect the future of our country.

The testimony is to be found in Issue Nos. 1-13 of the Sub-Committee on Poverty for the Second Session of the Thirty-Fourth Parliament and Issue No. 1 of the Third Session of the Thirty-Fourth Parliament.

C. THE SUB-COMMITTEE'S STUDY AND METHODOLOGY

Following the passage of Mr. Broadbent's motion, the Sub-Committee decided that it would develop a plan to eliminate child poverty by the year 2000. Specifically, the Sub-Committee's terms of reference were to:

1. Investigate child poverty within the context of the changing social, demographic and economic conditions affecting families with children;
2. Inquire into and report on the effectiveness of existing public policies in alleviating child poverty and assisting families with children with particular reference to:
 - a) Income security for families from:
 - (1) employment, and
 - (2) government income support programs.
 - b) Availability and accessibility of services that assist parents in fulfilling their responsibilities to their children.
3. Recommend solutions and alternatives to the problem of child poverty.

In the current study, the Sub-Committee received many briefs and heard from a number of witnesses representing many different perspectives on the issue of child poverty. The primary conclusion from the oral and written presentations is that poverty among children in a country such

as ours is unacceptable and must not be permitted to continue. Our children are our most important resource, and measures must be taken today to ensure that they can grow and have every opportunity to fulfill their potential. Children are, quite simply, our future.

In seeking to develop a plan to eliminate child poverty by the year 2000, the Sub-Committee sought first to determine the dimensions of the problem. How many Canadian children are living in poverty? What is their distribution by province? What is the depth and duration of poverty in Canada? What are the health and other costs associated with child poverty? Such issues are examined in Chapter One of this report.

Further, the Sub-Committee examined the current federal child benefits delivered through the tax and transfer system. Many witnesses were critical of this system; they suggested that the "safety net" it provides is inadequate, and that there are not sufficient opportunities for families to escape poverty. What current federal tax and transfer programs seek to recognize the contribution made by families with children? How have these programs evolved over time? Federal child benefits delivered through the tax and transfer system are surveyed in Chapter Two of this report.

The Sub-Committee questioned how effective these programs are in alleviating child poverty. The Sub-Committee received a great deal of testimony regarding perceived shortcomings in the current system, and many witnesses provided recommendations for how it could usefully be changed. Generally, problems areas were thought to include income inadequacy, either as the result of unemployment, a low minimum wage rate, pay and employment inequity, inadequate training or limitations in the social assistance system, as well as a lack of adequate and affordable child care and housing, and an erosion of support for children over time. These issues are discussed in Chapter Three.

Finally, the Sub-Committee evaluated current public policies, programs and services to determine their effectiveness in meeting the needs of families with children. Many witnesses questioned the degree to which the system actually supports such families. Chapter Four presents what the Sub-Committee envisions as solutions to the problem of child poverty, solutions which would eliminate child poverty in Canada by the year 2000. These solutions require both the development of new initiatives and changes to existing programs and services.

CHAPTER ONE

The Dimensions of Child Poverty

I am just going to tell you about how I experienced my dealings with poverty when I was growing up. My parents were separated when I was six. I am not sure why. I lived first with my mother. Because of financial reasons, food, and I could not afford clothing, I moved to my father's, in Montreal. Then he could not keep up with the financial part and sent me back to my mother. . . . I began to think less of myself because I was poor. I was afraid that it would never change. Also, I never had enough food when I was with my parents. I was always sick when my friends were healthy. . . . I was always fighting, usually because I was laughed at. I did not have the clothing, the modern, in style clothing, and I was laughed at a lot, so I fought and I began thinking less of myself. . . . I did not have the extra change of clothes so could not change my clothes, and they were not cleaned as often as they should have been, so I was always dirty and not properly dressed. (Ross, a teenager growing up in poverty).⁷

How many Canadian children live in poverty, and how is this measured? How “deep” is their poverty? How long are they likely to remain poor? How does poverty affect children? These key questions must be examined before a solution to the problem of child poverty can be developed.

A. HOW DO WE DEFINE AND MEASURE POVERTY?

Canada does not have an official measure of poverty. Instead, a number of different organizations and agencies have developed “poverty” measures, and these often vary in terms of the methodology used to develop the measure, whether “poverty” or low income is being assessed, and whether account is taken of locational differences in the cost of living. A variety of measures of poverty will be examined here. It should be noted that these are measures of “financial poverty.” Dr. Mahoney, of the Catholic Children’s Aid Society of Metropolitan Toronto, told the Sub-Committee:

I want to make it clear that I am speaking of not just financial poverty, which can be very devastating, but also the psychological poverty that so often accompanies it—the lack of self-esteem, self-worth, and self-value. These are often compounded by a sociological poverty of isolation and very few supports.⁸

For children, living in poverty affects what and how often they eat, what they wear, where they live and how safe that environment is, their health status, what recreational activities they can participate in, their emotional well-being, and how successful they will be in school and in life. It affects all aspects of their lives, and generally places them at a disadvantage relative to non-poor children.

⁷ Minutes and Proceedings of the Sub-Committee on Poverty of the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women (hereafter, *Proceedings*), Issue 13, p. 34, 35.

⁸ *Proceedings*, Issue 9, p. 90.

1. The Statistics Canada Low Income Cut-Offs

In Canada, statistics on the low-income population often refer to Statistics Canada's low Income Cut-Offs (LICOs). These LICOs have been developed with different Family Expenditure surveys serving as the base — 1969, 1978 and 1986. Some analysts currently use the 1986-based LICOs, which may yield higher estimates of the number of people living in poverty and the depth of their poverty, than would the 1978-based LICOs, which are also used by analysts. Both sets of LICOs indicate that the number of children living in poverty is significant. It must, however, be recognized that the LICOs establish the upper limit of the low-income population. Many poor Canadians have incomes significantly below the cut-offs, as discussed in Section C.

The 1978 Survey of Family Expenditure concluded that, on average, Canadian families spend 38.5% of their income on the basic necessities of food, shelter and clothing. Poor families devote an above-average proportion of their income to these basic necessities and the Low Income Cut-Offs are set at levels where 58.5% of income, on average, is spent on them. Statistics Canada continues to calculate its LICOs on the basis of the 58.5% criterion. Any family or individual with an income at or below the relevant cut-off is defined as low income. These LICOs are updated each year to reflect changes in the cost of living as measured by the Consumer Price Index.

Canada does not have a single LICO. Rather, Statistics Canada varies the LICOs according to:

- seven categories of family size, ranging from one person to seven or more persons; and
- five categories of community size according to population, ranging from rural areas to metropolitan areas with 500,000 or more residents.

The result of the categorization is a set of 35 LICOs, as presented in Table 1 in Appendix A for 1989, using both the 1978 and the 1986 bases. For 1989, the 1978-based LICOs for one person ranged from \$8,983 to \$12,148 and for a four-person household from \$18,175 to \$24,706, depending on community size. The 1986-based LICOs yielded slightly higher figures of \$9,198 to \$13,511 for one person and of \$18,247 to \$26,803 for a four-person household in that year.

The LICOs are based on gross, rather than net, income, where income is defined as money income received by all family members 15 years of age and older from a variety of sources:

- wages and salaries before deductions;
- net income from self-employment;
- investment income;
- government transfer payments;
- pensions; and
- miscellaneous income, such as scholarships and alimony.

Excluded from this definition of income are:

- gambling wins or losses;
- capital gains or losses;
- lump-sum inheritances;

- receipts from the sale of property or personal belongings;
- income tax refunds;
- loans received or repaid;
- lump-sum settlements of insurance policies; and
- income in kind.

Finally, the Family Expenditure Survey and the Survey of Consumer Finances used as the bases for the calculation of the LICOs and the number of low-income Canadians exclude those living in the Yukon and Northwest Territories, in institutions and on Indian reserves, and those who are members of the armed forces. Consequently, published figures most often exclude low-income Canadians in these groups. The number of poor children residing in the Yukon and Northwest Territories is not a statistic that is routinely collected; Aboriginal poverty is discussed in Section F.

2. Other Measures of “Poverty”

The LICOs of Statistics Canada are not the only measure of low income. Measures are also published by the Canadian Council on Social Development (CCSD), the Senate Committee, as updated by the late Senator David Croll who chaired the Committee which published *Poverty in Canada*, the Metropolitan Toronto Social Planning Council and the Montreal Diet Dispensary, as shown in Table 2. These measures, in 1989, ranged from \$15,891 to \$30,204 for a couple with two children.

The CCSD Lines of Income Equality are based on average family income, with 50% of average family income deemed to be the “poverty line” for a three-member family; the line for individuals is 50% of the three-member family value, and for a family of two is 83% of that value. Families with more than three members receive an increment of 16.7% for each additional family member, which reflects the annual living costs of each incremental member. The lines, which do not reflect regional or urban/rural differences, were originally developed to address the problem of income inequality by defining a minimum standard of income equality, rather than to measure poverty.

The Senate Committee developed two sets of lines—poverty and income guarantee—with the poverty lines based on the income guarantee lines. The latter were designed to provide a basis for the Committee’s proposed guaranteed annual income program, were intended to cover the cost of basic needs, and represented 70% of the poverty line amounts. Like the CCSD Lines of Income Equality, the Senate Committee Poverty Lines make no adjustment for place of residence.

The Metropolitan Toronto Social Planning Council Budget Guides are based on a selection of goods and services whose cost represents the minimum expenditure necessary for social survival, given prevailing community standards; thus, provision is made for such items as a daily newspaper, dental care, recreation, and a one-week vacation at a nearby rented cottage, among others. The selection of goods and services is revised from time to time to reflect changing community standards.

Finally, the Montreal Diet Dispensary Budget Guidelines have been developed by the Montreal Diet Dispensary and the Montreal Council of Social Agencies. These guidelines reflect the amount of income needed to provide “the minimum adequate requirements for the maintenance of a family as a unit and the preservation of health and self-respect of the individual members.” No routine adjustment is made to reflect changes in living styles or increases in the standard of living.

Despite their similarities, certain differences in the measures should be recognized. For example, the LICOs reflect a level of income necessary for the purchase of basic necessities and are variable by family and community size, while the Metropolitan Toronto Social Planning Council Guides and the Montreal Diet Dispensary Guidelines reflect local costs and may not be relevant nation-wide; as well, the Metropolitan Toronto Guides reflect the minimum expenditures necessary for social, rather than merely physical, survival, while the Montreal Guidelines may be closer to provincial social assistance rates. Further, while the Senate Committee Poverty Lines and the Canadian Council on Social Development Lines of Income Equality vary by family size, no account is taken of community size.

Finally, it must be recognized that the LICOs are a measure of low income, rather than "poverty," even though they are often seen as "poverty lines." Mr. Michael Wolfson, of Statistics Canada, told the Sub-Committee that "(w)hile [Statistics Canada] repeatedly insist[s] that [the LICOs] are not poverty lines—they are measures of low income—they are often treated as Canada's semi-official poverty lines." ⁹

B. THE EXTENT OF CHILD POVERTY: HOW MANY POOR CHILDREN?

In his appearance before the Sub-Committee, Mr. Beatty indicated that approximately 837,000 Canadian children lived in poverty in 1989; one child in seven lived in a family with a level of income at or below the relevant 1978-based LICO. On the issue of child poverty, he indicated that "(t)he facts tell us that progress is unquestionably being made, while at the same time, they tell us there is still more work that needs to be done." ¹⁰ While other estimates of the numbers of poor children used by academics, social policy analysts and others may be higher or lower than 837,000, the Sub-Committee feels that the most important fact is that a significant number of Canadian children are living in poverty.

As shown in Chart 1 and Table 3, over the 1980 to 1989 period, the number of poor children under age 16 and the child poverty rate peaked in 1984 at 1,154,000 and 20.1% respectively, and have declined steadily since that time. ¹¹ However, some witnesses stated that the number of children in poverty increases during a recession, as it did in the early 1980s, and suggested that in the current recession the declines in the number of poor children since 1984 may be reversed. Further, they anticipate that future declines in the number of poor children may be difficult to attain, given the slow rate of decline accompanying the prolonged and significant rates of economic growth following the recession in the early 1980s. The Ottawa-Carleton Chapter of the Child Poverty Action Group told the Sub-Committee:

(S)tarting from 1980, the [child poverty] numbers did go up during the recession and then they started coming down. The really disturbing thing was that they came down very slowly, although we had some of the best years of economic growth we have ever had. This is what alarms us. . . .

(I)n recessions the numbers go up. Now we are asking whether we have lost everything we gained during the 1980s. ¹²

⁹ *Proceedings*, Issue 10, p. 138.

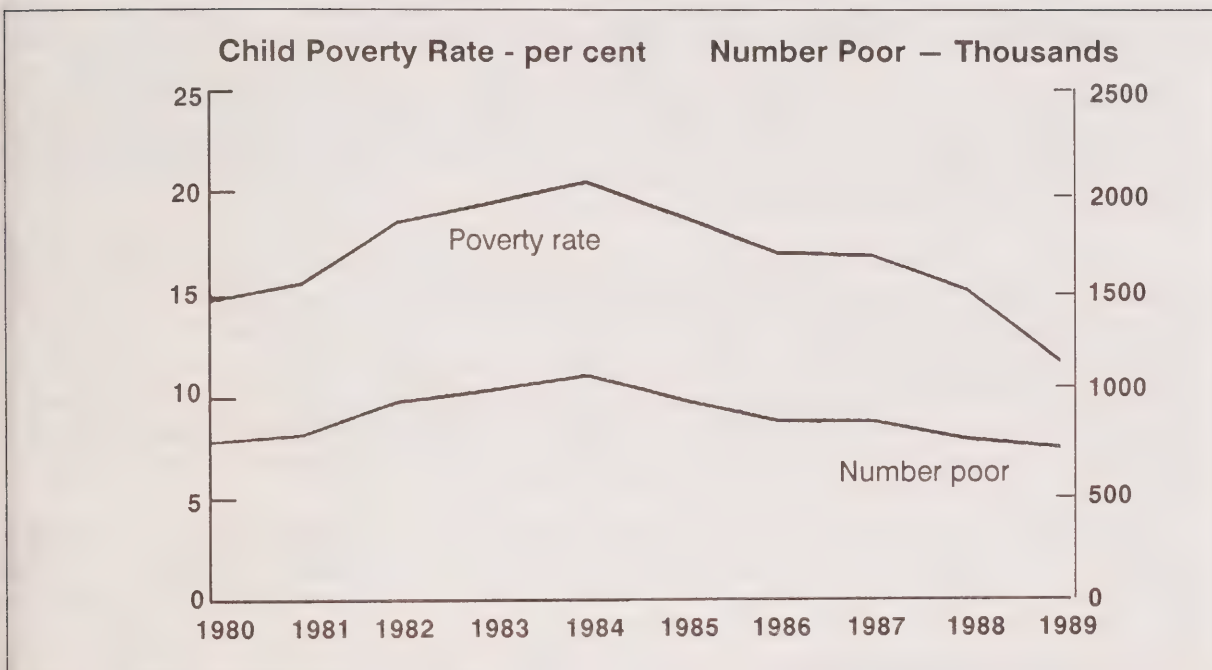
¹⁰ *Proceedings*, Issue 8, p. 19.

¹¹ Submission to the Sub-Committee by the National Council of Welfare, 11 April 1990, p. 2.

¹² *Proceedings*, Issue 6, p. 26.

CHART 1

CHILD POVERTY RATE AND NUMBER POOR, ALL CHILDREN UNDER 16, 1980-1989



Source: Statistics Canada.

Note: Figures reflect the 1978-based LICOs. Data reflecting the 1986-based LICOs also show a declining child poverty rate over the 1986-1989 period.

Table 3 shows a clear relationship between the rates of unemployment and child poverty.

The risk of being poor is related, in part, to the region of residence. Child poverty exists everywhere in Canada, although the rates vary substantially between provinces, as shown in Table 4. In 1989, children were more likely to be poor, for example, if they lived in Manitoba or Saskatchewan, which had child poverty rates of 22.5% and 20.7% respectively. Children were least likely to be poor if they resided in Ontario or Prince Edward Island, which had child poverty rates of 11.4% and 13.9% respectively in that year.¹³ Further, Table 5 presents a ranking of federal electoral districts, using their 1987 representation, according to the incidence of low income; all districts contain low-income families.

Family structure is also important. The National Council of Welfare indicated to the Sub-Committee that, although the majority of poor children live in two-parent families, children are more likely to be poor if they are raised in a lone-parent family. It noted that, in 1988, of children under age 16 raised in female-led lone-parent families, 64.6% were in poverty. The comparable figure for male-led lone-parent families was 28.4%; for two-parent families it was 10.2%. Thus, children are at greatest risk of poverty in a lone-parent family, particularly if the parent is female.

¹³ Submission to the Sub-Committee by the National Council of Welfare, 11 April 1990, p. 3.

These numbers are significant, given the rising number of lone-parent families. Poverty appears to be exacerbated if the head of the household is young, and/or if there are young children in the household.¹⁴

C. THE DEPTH OF POVERTY: HOW POOR ARE OUR POOR?

As mentioned earlier, the LICOs establish the upper low-income limit, with many poor Canadians having incomes significantly below these cut-offs. How far below the cut-offs are these "poor" Canadians? That is, what is the depth of their poverty, or the "gap" between the low-income threshold and their income?

Many poor Canadians live well below the relevant LICO. The National Council of Welfare has examined the depth of poverty of two-parent, and female-led lone-parent, families. It told the Sub-Committee that of female-led lone-parent families, 27.4% had an income less than 50% of the relevant LICO in 1988. Another 44.5% of such families had an income between 50% and 75% of that amount, while 28.1% had incomes within 25% of it. Comparable figures for poor two-parent families in that year were 14.1% with an income less than 50% of their LICO, 29.7% with an income between 50% and 75% of that amount, and 56.2% with an income within 25% of their LICO.¹⁵

Further work in this area has been undertaken by the Economic Council of Canada using a longitudinal database covering the 1982-1986 period. The Council indicated to the Sub-Committee that, among poor families with children, the depth of poverty is greater for lone-parent families than for families with both parents present. It noted that, in 1988, poor two-parent families had incomes that were 26.2% below the relevant LICO, on average; for lone-parent families the average gap, while 31.8% in 1988, was much improved over the 1973 gap of 43.3%.¹⁶ Chart 2 presents changes in the depth of poverty for these two family types over the 1973-1988 period, and indicates that the average gap has been improving in recent years, with a decrease in the depth of their poverty.

D. THE DURATION OF POVERTY: HOW LONG ARE OUR POOR FAMILIES POOR?

Many witnesses appearing before the Sub-Committee testified as to the generational poverty cycle. The Economic Council of Canada, however, has reached a somewhat different conclusion, finding significant movements into, and out of, poverty over time. The Council told the Sub-Committee that most of those identified as poor over the 1982-1986 period were no longer poor after three years. However, about 25% of those poor at any time during that period were poor for the entire five-year period. There is evidence to suggest that the proportions who are poor for longer periods of time become progressively smaller, as presented in Chart 3; this conclusion is supported by evidence from longer-term studies in the United States.¹⁷ The Council's view was supported by the Social Planning Council of Winnipeg, which told the Sub-Committee that "only 7% are accounted for by high risk or chronically poor, because . . . the majority are temporarily or

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*, p. 4.

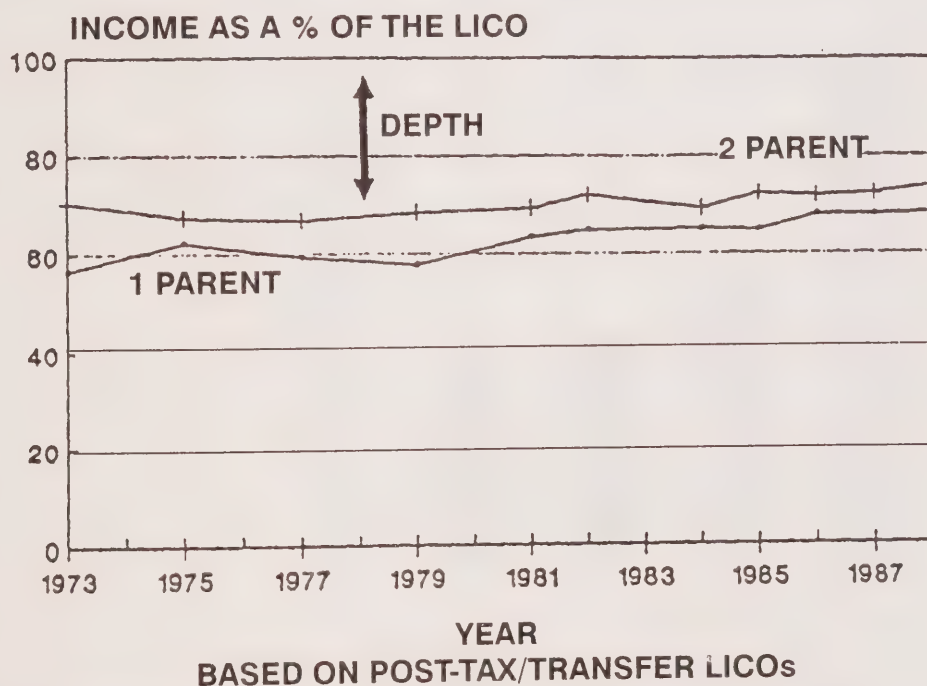
¹⁶ Submission to the Sub-Committee, p. 5.

¹⁷ *Ibid.*, p. 7.

periodically poor.”¹⁸

The Economic Council of Canada has concluded that the proportion of non-elderly Canadians who were poor at some time during the 1982-1986 period was 28.6%, almost twice as many as are poor in any given year. It suggests that this result is not unlike conclusions reached in the United States. The Council suggests that the “risk” of non-elderly Canadians being poor at some point in their working life is approximately one in three, or even greater.¹⁹ The Sub-Committee received testimony from one mother in poverty who had switched to part-time work after being diagnosed with multiple sclerosis. She then lost her job when the company for which she was working liquidated.²⁰ Her situation suggests that almost any Canadian could experience poverty at some time in his or her life, perhaps as the result of job loss, an unexpected illness or the end of a marriage.

CHART 2
AVERAGE DEPTH OF POVERTY
AMONG POOR FAMILIES WITH CHILDREN



Source : Submission to the Sub-Committee by the Economic Council of Canada, February 1991, p.6.

¹⁸ *Proceedings*, Issue 10, p. 92.

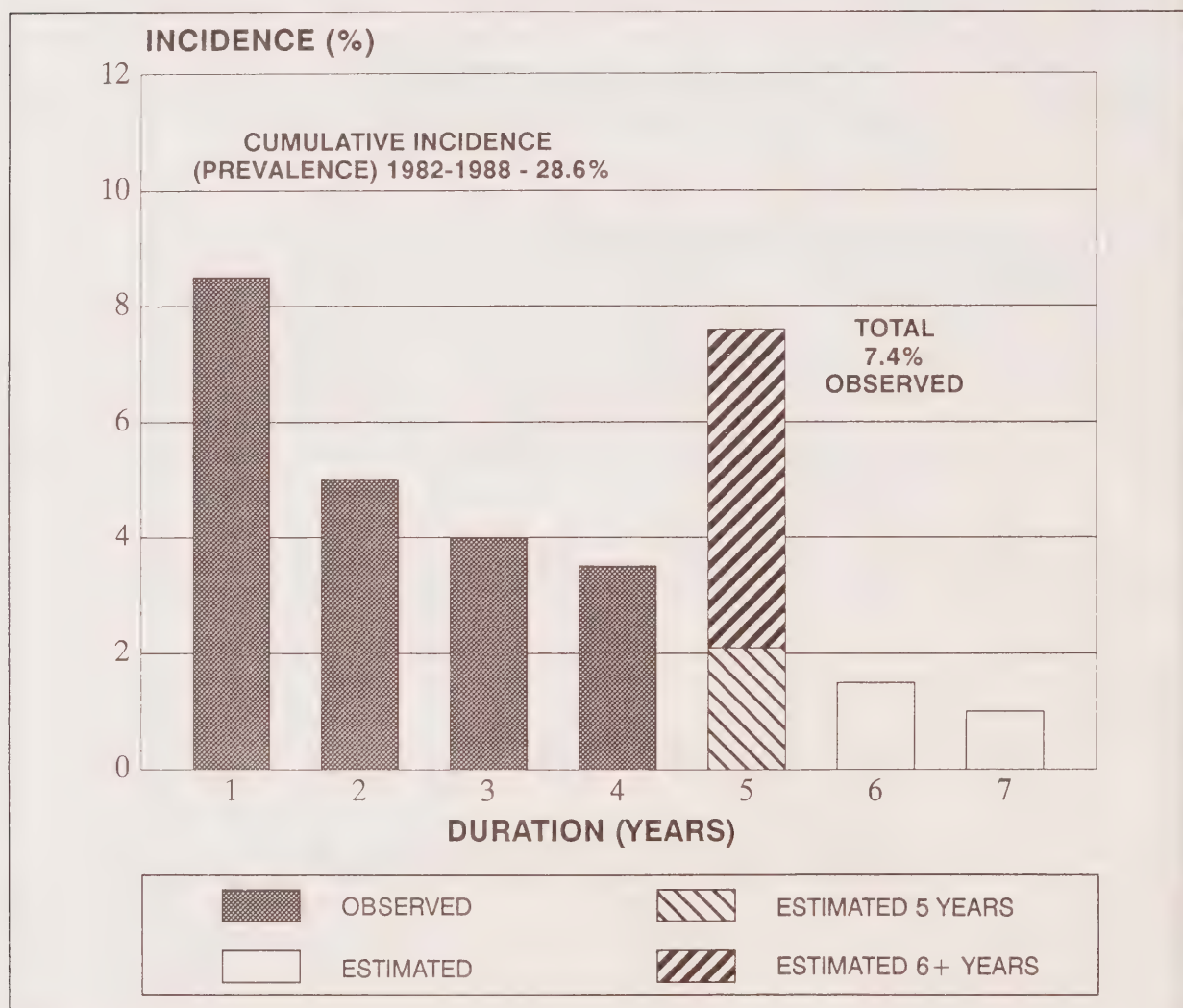
¹⁹ Submission to the Sub-Committee, p. 8.

²⁰ *Proceedings*, Issue 13, p. 69.

The Council found that transitions into, and out of, poverty, were more likely for two-parent, than for lone-parent, families. A change in earnings, through job gain or job loss, was found to be the predominant factor associated with the movement, although a change in family structure, for example through marriage and family dissolution, was also important.²¹

Finally, the Council concluded that the short-term poor differ from the longer-term or "persistent" poor. It found that the short-term poor are more like the non-poor population in terms of family structure, age and earnings behaviour than are the persistent poor. Moreover, the persistent poor were found to be older, to be more likely to be lone-parent families and unattached individuals, and to have fewer earners per family.²²

CHART 3
DURATION OF POVERTY



Source : Submission to the Sub-Committee by the Economic Council of Canada, February 1991, p.8.

²¹ *Proceedings*, Issue 9, p. 130.

²² Submission to the Sub-Committee, p. 9.

E. THE EFFECTS OF CHILD POVERTY

Poverty among children leads to economic, psychological and social costs. It has been found to be associated with poorer physical and mental health, lower levels of educational attainment and persistent offending.

1. The Effects on Physical Health

One of the most significant costs associated with child poverty is that associated with the health status of poor children. The Sub-Committee heard evidence of the importance of each stage in a child's development and of the ways in which this development is impaired by poverty. It learned that the health problems of poor children begin before birth and that poor children are at greater risk of death, disability and other health problems throughout infancy, childhood and adolescence.

One key concern is low birth weight, which has been described as the single most important factor in infant mortality and morbidity. The weight of a child at birth depends on its development in the womb, and on such factors as the mother's age, her diet, her health status prior to and during pregnancy, the number of births, maternal smoking, alcohol and drug use during pregnancy, and exposure to injurious or toxic substances. In fact, the pre-conception period is also important. A mother's ability to produce a healthy infant is determined in part at the time of the child's conception, and in part by what happens during the course of the pregnancy.

The incidence of low birth weight has fallen slowly over time in Canada, from 6.4% of Canadian infants in 1978 to approximately 5.6% currently, although it is variable according to income. Low birth weight is frequently caused by simple prematurity. Nevertheless, some infants are born at full term with low birth weight, and are said to be small for gestational age (SGA). This condition considers the child's sex, whether there was a single or a multiple birth, as well as the child's gestational age and birth weight.²³

Mr. Russell Wilkins, of Statistics Canada, and Mr. Gregory Sherman, of Health and Welfare Canada, told the Sub-Committee that in 1986, 10% of all babies were SGA on average, with a lower rate (8%) for babies born in the richest 20% of urban neighbourhoods and a higher rate (12%) for those born in the poorest 20% of urban neighbourhoods. Further, on average, 15% of births to teenage mothers were SGA; many teenage mothers lack adequate resources and support, a healthy environment, early prenatal care and good nutrition. Children who are born with low birth weight or who are SGA tend to stay small in both height and weight, and to have more behavioural problems and learning disabilities, in addition to other health problems. Such problems might include minimal brain dysfunction, mental retardation, cerebral palsy, major visual defects, epilepsy, hearing defects, and lower average IQ. Children from poor neighbourhoods are 40% to 50% more likely than children from rich neighbourhoods to be born too small, too soon, or with growth retardation.²⁴

Dr. Graham Chance, Chairman of the Canadian Coalition for the Prevention of Developmental Disabilities, indicated to the Sub-Committee that the greatest potential for prevention of low birth weight is for infants born to women in poverty. Prevention of low birth weight should be society's goal if for no other reason than a purely economic one. Dr. Chance told the Sub-Committee of the

²³ *Proceedings*, Issue 2, p. 8.

²⁴ *Ibid.*, p. 7, 8, 9.

significant costs of caring for low birth weight infants. He indicated that the daily cost of a baby of 1500 grams birth weight going through a perinatal unit is \$1,500. The average length of stay for such an infant is 40 days, leading to a cost of \$60,000 per infant, plus incalculable social and psychological costs.²⁵ The Canadian Council on Children and Youth told the Sub-Committee that \$1 invested in pre-natal care can save \$3.38 in the cost of care for low birth weight infants. The Council estimated that the cost of such care, in Ontario, is as much as \$200,000 per case for babies under two years of age.²⁶

Further, the Canadian Institute of Child Health told the Sub-Committee of the long-term consequences of being born under weight and indicated its belief that if low birth weight could be prevented, "we might also create a cascade of events for the better."²⁷ Prevention of low birth weight is preferable to long-term intensive neonatal care after birth.

Rates of infant mortality are also higher among the poorest urban Canadian neighbourhoods. Again citing 1986 data, Mr. Wilkins and Mr. Sherman told the Sub-Committee that in the poorest neighbourhoods there were 11 deaths per 1,000 live births in that year, compared to 6 deaths in the richest neighbourhoods; that is, the rate of infant mortality in the poorest neighbourhoods was nearly double that in the richest neighbourhoods. As shown in Chart 4 and Table 6, however, there have been significant improvements in infant mortality rates over time, largely attributable to increasingly effective and sophisticated treatment of high-risk infants. In 1931, for example, there were 86 infant deaths for each 1,000 live births; by 1989, this figure had declined to just over 7 deaths for each 1,000 live births. Nevertheless, there is substantial variation among the provinces in their infant mortality rates. As shown in Table 7, in 1989 the infant mortality rates in the Northwest Territories, Newfoundland, British Columbia, Saskatchewan and Alberta exceeded the national average. The Northwest Territories, with an infant mortality rate of 16.2% in 1989, had the highest rate in that year, while the Yukon, at 4.2%, had the lowest. It was noted that infant mortality is a cause of death that responds well to medical intervention, among other things.²⁸

Poor children are also likely to suffer higher rates than average of physical disability. In 1986, the rate of childhood disability was twice as high among children from the poorest 20% of families and neighbourhoods (7%) than it was among children from the richest (3.5%). The differences between rich and poor families and neighbourhoods were even more pronounced when only severe disabilities were considered. In these situations, the rate was 2.7 times greater in the poorest 20% of families and neighbourhoods than in the richest 20%.²⁹

Further, poor children have a lower life expectancy. In 1986, at birth, boys from the poorest urban Canadian neighbourhoods had a life expectancy which was 5.5 years shorter than that of boys from the richest 20% of neighbourhoods; for girls, life expectancy was two years shorter. For children aged 1 to 14 years, the death rate in the poorest urban Canadian neighbourhoods was 1.5 times that in the richest neighbourhoods. In addition, a higher proportion of those fewer years of life can be expected to be lived with disability and other health problems.³⁰

²⁵ *Proceedings*, Issue 12, p. 14.

²⁶ *Proceedings*, Issue 9, p. 58.

²⁷ *Ibid.*, p. 119.

²⁸ *Proceedings*, Issue 2, p. 5, 9, 11.

²⁹ *Ibid.*, p. 6.

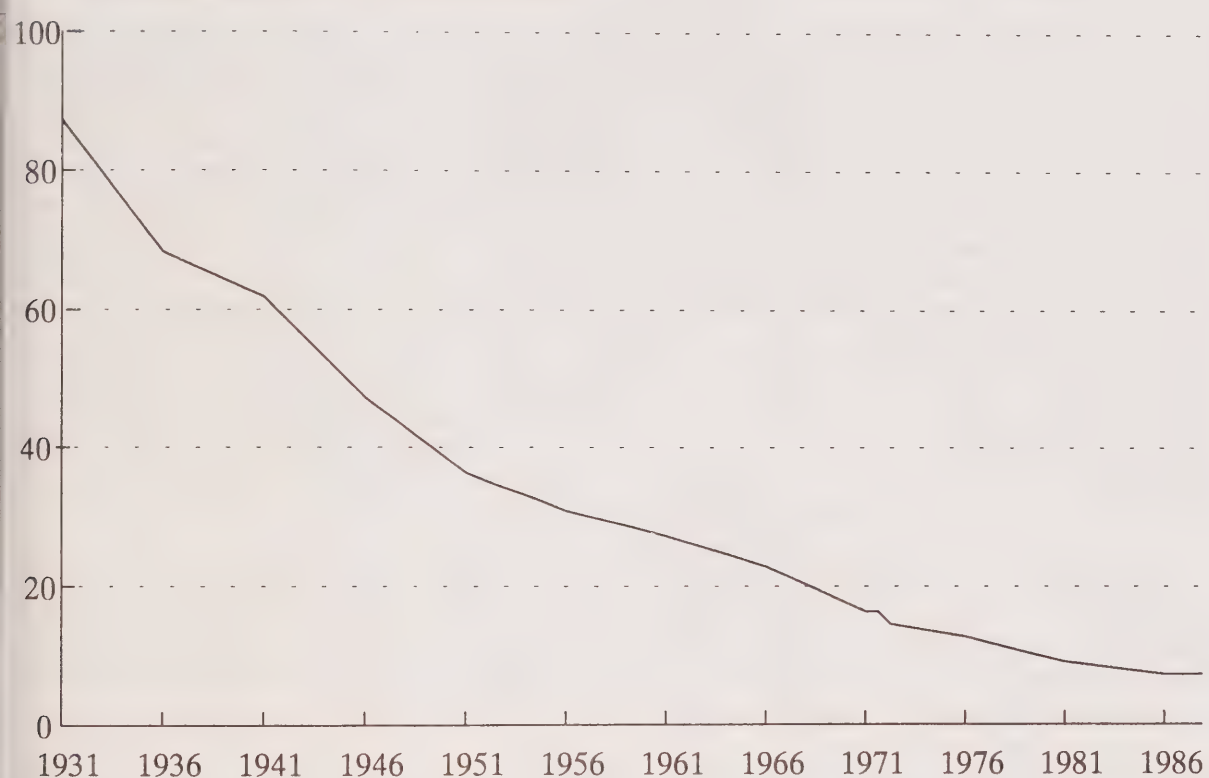
³⁰ *Ibid.*, p. 4, 5.

CHART 4

INFANT MORTALITY RATES

CANADA, 1931-1989

Infant deaths per 1,000 live births



Source: Statistics Canada.

As well, in examining the major causes of death among children aged 1 to 14 years in urban Canada in 1986, Mr. Wilkins and Mr. Sherman found that about 40% of deaths resulted from accidents, 20% from tumours, 14% from congenital anomalies, 7% from nervous system diseases, and 5% from respiratory diseases. Moreover, for every death of a child due to accident there are about 70 admissions to hospital, while for every admission to hospital, there is a large, but unknown, number of injuries treated by out-patient services.³¹ Dr. Geoff Dougherty, a pediatrician at the Montreal Children's Hospital, suggested to the Sub-Committee that all accidents are theoretically preventable by social, parental or adult action. While deaths in the perinatal period are substantially amenable to medical care, deaths due to violent events and injuries are not, and most occur before children reach the hospital. Finally, he noted that injury is now the most prominent health discrepancy between poor and wealthy children.³²

³¹ *Ibid.*, p. 5, 6.

³² *Proceedings*, Issue 13, p. 9, 17.

Chart 5 presents the leading causes of death among Canadian children, by age group, for 1988, and shows that the major causes of death for children under 1 year of age are congenital anomalies and perinatal conditions, while accidents are particularly significant for children aged 1 to 14 years.

2. The Effects on Educational Attainment

Poor health is not the only effect of child poverty. Poor children also have school drop-out rates which are 2.2 times higher than those of the non-poor, as well as poor school performance, more behaviour-related problems, lower attention span, increased truancy, poor attendance, erratic behaviour, hyperactivity, aggression, delayed cognitive development, lower achievement and low self-esteem. Since poor children are likely to have less education, they are more likely to encounter difficulty in gaining secure, well-paid employment and to become poor adults, with implications for social assistance, unemployment insurance, training, and other costs,³³ and for Canadian society in terms of lost productivity and, possibly, competitiveness in the international marketplace. The Senate report *Children in Poverty: Toward a Better Future* estimated that over the next 20 years, about 187,000 students will leave school because of poverty, with these drop-out rates leading to a cost of \$620 million in Unemployment Insurance benefits and an additional \$710 million in social assistance payments. If these drop-out rates were eliminated, it is estimated that federal and provincial income taxes would rise by \$7.2 billion, that consumption taxes would increase by \$1.15 billion, and that incomes would be \$23 billion if these drop-outs had gone on to complete an average level of education.³⁴

Poor children's school performance may reflect hunger, which hinders their ability to concentrate on learning. The Sub-Committee received testimony from End Legislated Poverty, a British Columbia group, regarding the hunger of many school children. During a study in Nanaimo, it heard of one teacher who had students going back and forth to the water fountain throughout the day so that their stomach would feel full.³⁵

Further, development delays can result from a lack of adequate nutrition. By Grade 4, many poor children are two years behind their peers; by Grade 7, the gap between poor children and their peers may be irreversible.³⁶

Repeatedly, the Sub-Committee heard testimony regarding the hunger being experienced by poor children. The Canadian Association of Food Banks told the Sub-Committee that, in 1990, one in nine Canadian children used a food bank at least once during the year; the average use was 3.5 times per year. Further, the number of children using food banks is increasing. Whereas in March 1989 141,000 children used food banks on a monthly basis, the number had risen to 155,000 in March 1990, with estimates of 189,700 for the autumn of 1990. A recent estimate of food bank use

³³ Submission to the Sub-Committee by Mr. Ross and Mr. Shillington, 8 February 1990.

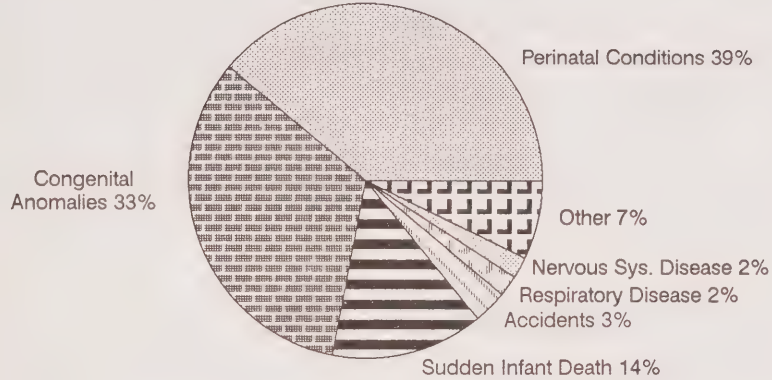
³⁴ The Senate of Canada, *Children in Poverty: Toward a Better Future*, January 1991, p. 5, 6.

³⁵ *Proceedings*, Issue 9, p. 73.

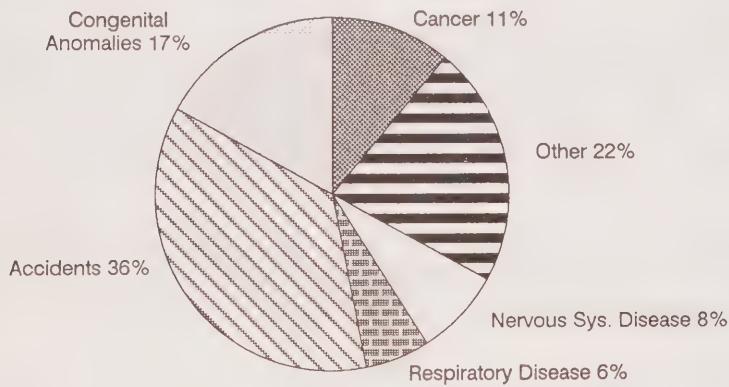
³⁶ Child Welfare League of America/Canada, *Overview and Highlights of the Discussion Papers for the National Symposium on Canada's Children: The Priority for the 90s*, October 1991, p. 13.

CHART 5

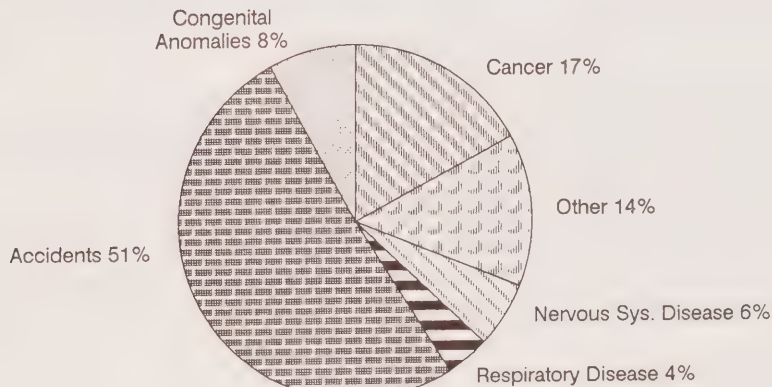
LEADING CAUSES OF DEATH AMONG CANADIAN CHILDREN, 1988



Children Under 1 Year



Children Aged 1 to 4 Years



Children Aged 5 to 14

by children is 225,000 children per month. These numbers alone do not indicate the extent of hunger and use of food sources outside the home, since children and their families also obtain food through soup kitchens, drop-in centres, and breakfast programs, for which data are not collected, either in terms of numbers served or frequency of use.³⁷

Further, the use of food banks does not necessarily imply that people are being adequately fed, either in a quantitative or a qualitative sense. The food dispersed may not be nutritionally balanced, and it may not be adequate in terms of quantity, since some food banks impose rationing. The Canadian Association of Food Banks told the Sub-Committee that, in 1990, 80% of the food banks reported that increased demand led to the placement of artificial restrictions on the number of times people could access their services.³⁸

Finally, the Sub-Committee repeatedly heard that food is a discretionary item in a poor household's budget. Food money is what remains after rent, utilities, and any emergency expenditures are made.

3. The Correlation With Persistent Offending

Professor Irvin Waller, of the Department of Criminology at the University of Ottawa, indicated to the Sub-Committee that there is a sub-group of poor children who are disproportionately involved in all types of persistent offences – on the street, in the home, toward a stranger or toward a family member. He cited University of Montreal longitudinal studies which found that those living in families with an income below the poverty line are disproportionately involved in persistent offending. Persistent offenders tend to commit offences at an earlier age, are involved in crime for a longer period of time, and are involved in a wider range of offences. Professor Waller stated, however, that crime can be addressed through early investment in services or programs for children.³⁹

With the exception of wife abuse, Professor Waller estimated that between 40% and 60% of all street and residential crime is committed by juveniles, and that juvenile offenders often become adult offenders. He indicated that the peak period in a persistent offender's career occurs between age 15 and 19.⁴⁰

The cost of maintaining criminal offenders in institutions is significant. Professor Waller indicated that in Canada the per capita cost of adult detention is between \$40,000 and \$50,000 annually, exclusive of construction costs; he estimates that expenditures on juveniles would exceed this amount. Further, he noted that most of that cost goes toward housing these individuals, rather than toward their rehabilitation.⁴¹

Finally, he indicated that while Canada's rates of criminal victimization, crime rates and rates of prison use are lower than those in the United States, they are higher than the rates in Japan and Europe, as shown in Charts 6 and 7.

As a result of child poverty, society as a whole suffers, both economically and socially: society is less productive than would otherwise be the case; greater use is made of the unemployment insurance and social assistance schemes, and of such subsidized services as day care, health

³⁷ *Proceedings*, Issue 11, p. 25.

³⁸ *Ibid.*, p. 27.

³⁹ *Proceedings*, Issue 13, p. 23, 25.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 26.

⁴¹ *Ibid.*, p. 25, 26.

care and housing; greater burdens are placed on our justice system and the prisons; and the future generation grows up stigmatized, marginalized and deprived. These costs must be avoided in the future. The preventable causes of poverty must be addressed, and there must be equal opportunities for all Canadians. Children are a resource that society cannot afford to waste.

F. POVERTY AMONG ABORIGINAL CANADIANS

Poverty among Aboriginal Canadians – both Status and Non-Status – is particularly acute, both on and off reserve. The Native Council of Canada, in its appearance before the Sub-Committee, indicated that Aboriginal children have “very few opportunities and chances from the day they are born to the day they become adults, in access, in opportunities, in development, training, the professions, again suffering the stigma that has been promoted and reinforced continually throughout history.”⁴²

The Assembly of First Nations told the Sub-Committee that 40% of registered Indian families in rural and urban areas live in poverty. Further, 48% of registered Indian children living on reserve are poor; among registered Indian children living off reserve, 53% live in poverty. In sum, registered Indian children, both on and off reserve, are at least 2.5 times as likely to be poor as are non-Aboriginal children.⁴³

These rates of poverty are having detrimental effects on Aboriginal health, birth weights and infant mortality rates. The Assembly reported to the Sub-Committee that there are 17.4 infant deaths per thousand for the Indian population, and 7.9 for the entire Canadian population. Among Indian children aged one to four years, the injury rate is six times as great as among non-Indian children; it is four times greater among Aboriginal teenagers than among their non-Aboriginal counterparts. Further, Indian life expectancy is lower; while the average Canadian is expected to live to age 76, an Indian child has a life expectancy of 68 years.⁴⁴ The Native Council of Canada noted that the health conditions of Aboriginal Canadians living off reserve are even worse than those of Aboriginal Canadians living on reserve.⁴⁵

Aboriginal children also attain lower levels of education. About 37% of all status Indians have less than grade 9 education, while the average rate for Canada is 17%. Although 28% of all status Indians have at least high school education, such is the case for 56% of all Canadians. Finally, approximately 45% of Indians on reserve are functionally illiterate in one or both of the official languages; this rate is almost twice that of Indians living off reserve.⁴⁶

The Native Council of Canada told the Sub-Committee that an estimated 40% of the Status Native population lives off reserve; this figure does not include the non-Status population living off reserve. Further, it is estimated that 20% of all Aboriginal families living off reserve are headed by women, and that most Aboriginal women have annual incomes of less than \$5,000; fewer than 5% of Aboriginal women earn \$20,000 or more per year. As well, Aboriginal women have an unemployment rate that is twice that of non-Aboriginal women.⁴⁷

⁴² *Proceedings*, Issue 9, p. 5.

⁴³ *Proceedings*, Issue 11, p. 5.

⁴⁴ *Ibid.*

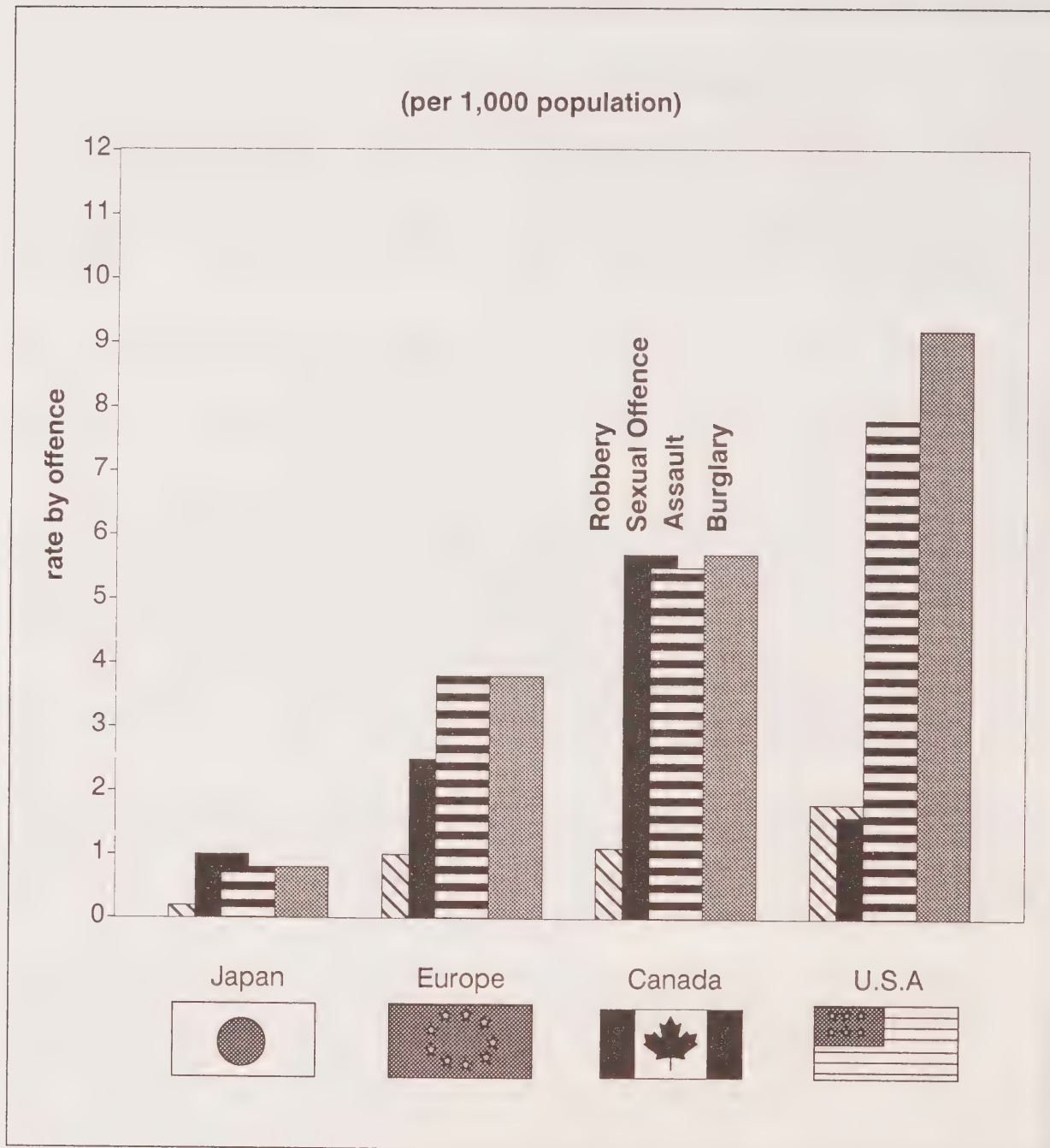
⁴⁵ *Proceedings*, Issue 9, p. 6.

⁴⁶ *Proceedings*, Issue 11, p. 5.

⁴⁷ *Proceedings*, Issue 9, p. 6.

CHART 6

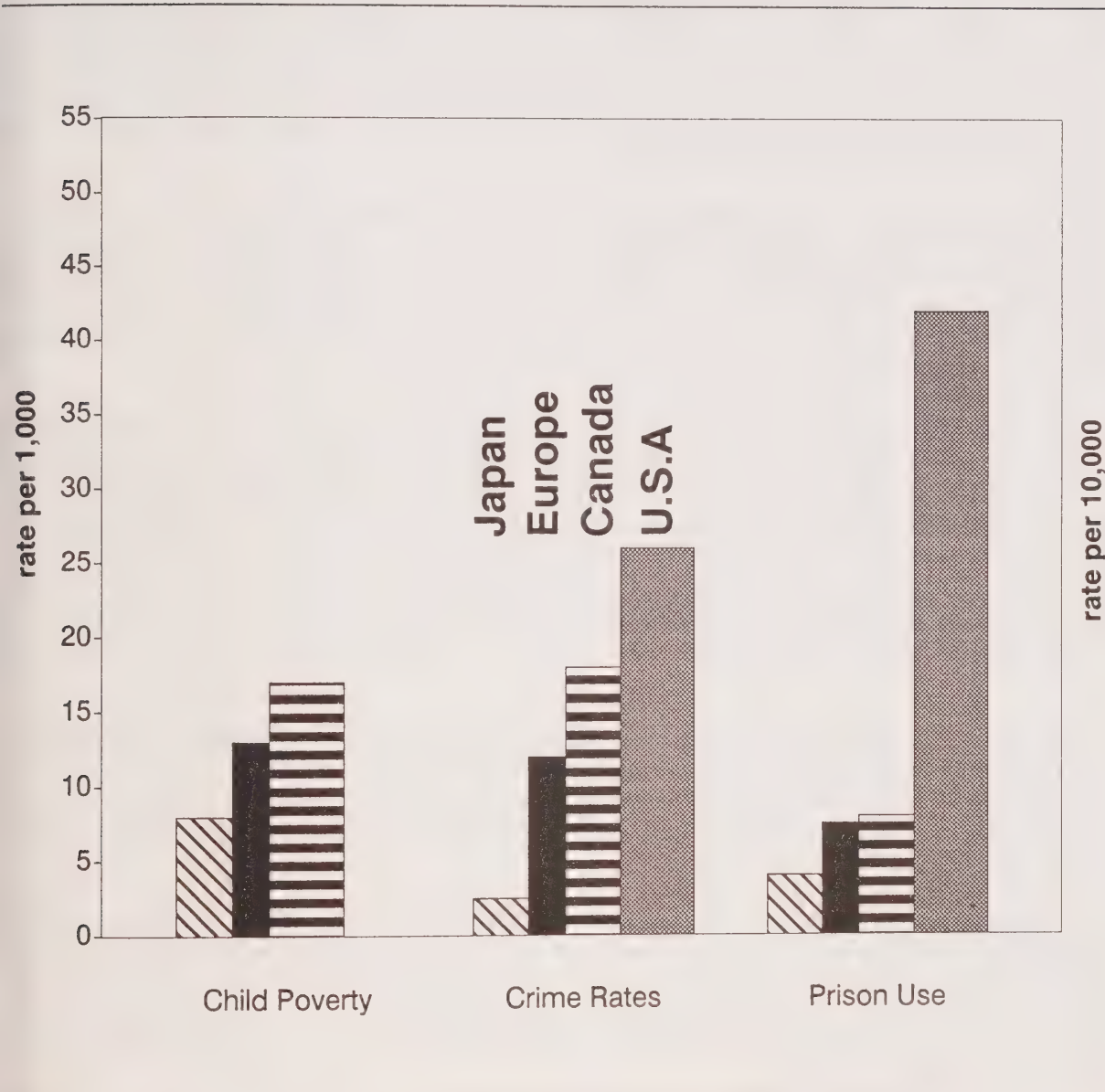
CRIMINAL VICTIMIZATION



Source: Submission to the Sub-Committee by Professor Irvin Waller, 20 March 1991.

CHART 7

CHILD POVERTY, CRIME AND PRISON USE



Source: Submission to the Sub-Committee by Professor Irvin Waller, 20 March 1991.

Both the Native Council of Canada and the Assembly of First Nations expressed a desire to co-operate with governments and to co-manage, if sole management is not possible, programs and services. They want employment, development and other opportunities that will allow them to become self-sufficient.

G. AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Internationally, Canada does well in some areas, while less well in others. For example, as shown in Table 8, the Canadian infant mortality rate as a percent of live births, at 0.71 in 1989, ranked third among the seven industrial countries of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD); it ranked behind Japan (0.46) and the Netherlands (0.68), but ahead of France (0.75), Germany (0.75), the United Kingdom (0.84) and the United States (0.97). Among all OECD member countries, the rate in Canada also lagged that in Iceland (0.53), Sweden (0.58) and Finland (0.61).

Further, Canada (16.8%) also lagged Sweden (5.2%) in terms of rates of child poverty in 1981, as shown in Table 9. Again, however, the Canadian rate was significantly lower than that in the United States, which was 24.1% in 1979. As shown in Table 9, the child poverty rates reflect a variety of years, the most recent of which is 1981. It is, understandably, often difficult to obtain international data, particularly data which have been standardized across countries to reflect differences among them in definitions, data collection methods, and so on.⁴⁸

As determined earlier, health and education expenditures are important for optimal child development. In 1987, Canada spent 8.6% of its Gross Domestic Product (GDP) on health, as shown in Table 10. Although this expenditure exceeded that in the United Kingdom (6.1%), Japan (6.8%), Finland (7.4%), and Switzerland (7.7%), it fell short of the expenditures of Sweden (9.0%) and the United States (11.2%). Canada ranked much better in terms of education expenditures as a percentage of GDP. Among these countries, the 7.2% of GDP spent by Canada in 1986 was surpassed only by Sweden (7.5%). Expenditures by the remaining countries varied from 5.0% of GDP in the United Kingdom to 6.8% in the United States.

In terms of public expenditures on health and education as a percentage of total public expenditures, Canada again performs well among the countries mentioned. At 30.2% over the 1986-88 period, Canada was surpassed only by Switzerland (33.8%). Total health and education expenditures in other countries ranged from 23.3% of total public expenditures in the United Kingdom to 28.5% in Japan.

As shown in Table 10, over the 1980-1987 period, the income share of the lowest 40% of households was 17.5%, indicating some degree of income inequality. While this figure is relatively similar to that of the United Kingdom (17.3%) and Denmark (17.4%), and exceeds that in Australia (15.5%), the United States (15.7%), New Zealand (15.9%) and Switzerland (16.9%), Canada's distribution of income is more unequal than that in Hungary (26.2%), Japan (21.9%) and France (18.4%).

Canada also does not compare favourably in terms of female wages as a percent of male wages. As shown in Table 10, in 1986, female wages were 63% of male wages in Canada. Among the countries surveyed, Canada's record is only better than that of Japan (52%), the United States (59%) and Ireland (62%). Certainly, such countries as Iceland (90%), Australia (87%), Denmark (84%), Sweden (81%) and Italy (80%) perform more favourably in this regard than does Canada.

⁴⁸ The child poverty rates in Table 9 date from 1979 to 1981.

While Canada performs relatively well internationally in terms of health and education expenditures as a percentage of GDP and of total public expenditures, improvements could be made in such areas as the degree of income inequality, female wages relative to those of males, the rate of child poverty and the rate of infant mortality which, although higher than the rate in some other countries, continues to decline in Canada as shown in Chart 4.

CHAPTER TWO

Child Benefits under the Federal Tax/Transfer System

(T)he biggest reason a child feels he is poor is because he has nothing. So they think of themselves as nothing and do not think they deserve or should have an education. But school is obviously a way out. If you get an education you can get a better job and you can pull yourself out of the situation. We have to teach poor children that school is a way out and that they are something, so that they do not have to suffer any more. (Ross, a teenager growing up in poverty) ⁴⁹

The current income security system for Canadian families has evolved from a series of individual pieces of legislation adopted over time to meet specific categories of need. The effects of the Depression of the 1930s and the Second World War, and the continuing impact of industrialization and urbanization, accelerated demands for national policies to ensure a basic minimum standard of living. The development of national policies, however, was complicated by the constitutional division of powers. Thus, Parliament has legislated to assist the provinces and territories in the development of income security measures, thereby acknowledging, in some measure, the state's responsibility for the welfare of its citizens.

Federal expenditures on child benefits represent a significant proportion of all child benefit expenditures. Currently, except for the cost-shared Canada Assistance Plan, federal child-related benefits are delivered primarily through the tax and transfer system, as described below. As additional assistance, provincial governments have programs which provide benefits. Some provinces operate cash benefit programs for families with dependent children, some of which are targeted to low-income families, others to the needs of families caring for a disabled child. Quebec operates its own provincial Family Allowances program. As well, various provinces offer programs that assist low-income families and individuals in meeting the cost of property and/or school taxes, rental costs and the general cost of living.

A. THE CANADA ASSISTANCE PLAN

In the 1965 Speech from the Throne, the Canada Assistance Plan (CAP) was one of five elements in a program designed to abolish poverty in Canada. The Plan was intended to give the provinces and territories an incentive to integrate diverse programs, including those for unemployment assistance, blind persons and disabled persons, into a single, comprehensive system for social assistance.

⁴⁹ *Proceedings*, Issue 13, p. 36.

Under the CAP, the federal government enters into agreements with the provinces and territories to share equally the costs incurred by them in providing:

- assistance to needy persons;
- welfare services to needy persons and persons likely to be in need unless such services are provided; and
- work activity projects designed to improve the employability of persons with unusual difficulty in finding or retaining jobs, or in undertaking job training.

Although the federal government specifies the terms for cost sharing, the design and administration of a particular plan or program is the responsibility of the province or territory, and its municipalities. The CAP's flexibility, as well as regional diversity across Canada, have essentially resulted in a unique welfare system in each of the 12 provincial and territorial jurisdictions, with essentially no national standard. As well, Nova Scotia, Manitoba and Ontario have two-tier welfare systems, whereby the provincial government assumes responsibility for certain recipients, generally those considered to be unemployable, and municipal governments are responsible for other categories of recipients, generally those considered to be employable.

Essentially, the federal government influences program design choices via the *Canada Assistance Plan Act* and Regulations, which exclude from cost-sharing all educational, correctional and recreational services, and services such as health care that other federal programs, such as Established Program Financing, are required to cover.

Provinces are eligible for assistance under the Plan for:

- the basic requirements of food, shelter, clothing, fuel, utilities, household supplies and personal requirements;
- items incidental to carrying on a trade or other employment, such as permits and tools, and items necessary for the safety, well-being or rehabilitation of a needy person, such as essential repairs or alterations to property, and items required by disabled persons;
- certain welfare services purchased by, or at the request of, a provincially-approved agency, such as day care;
- care in homes for special care, such as child care facilities, hostels for battered women and children, nursing homes and homes for the aged;
- certain health care costs not covered under universal provincial health care programs or under the *Canada Health Act*, such as drugs and dental care; and
- the cost of maintaining children in foster homes.

Welfare services, which attempt to lessen, remove or prevent the causes and effects of poverty, child neglect or dependence on public assistance, include:

- day care services for children;
- homemaker, home support and similar services as support in emergency situations or as an aid to independent community living for the aged and the disabled;
- casework, counselling, assessment and referral services;
- adoption services;

- rehabilitation services, including services to the chronically unemployed and to meet the special needs of persons at risk of being socially isolated, particularly the aged, and the physically and mentally disabled;
- community development services to encourage and assist members of deprived communities to improve their community's social and economic conditions;
- consulting, research and evaluation services with regard to welfare programs; and
- administrative services with regard to the delivery of assistance and welfare services programs.

These services may be extended to low-income persons, in addition to welfare recipients.

Finally, other cost-shared projects are designed to improve motivation and capacity to work, and to prepare project participants for entry or re-entry to employment. Participants acquire work experience and may receive counselling or treatment for behavioural problems.

To be eligible for cost-sharing assistance, the provinces and territories must:

- base eligibility for assistance on need alone, irrespective of its cause;
- use a needs test when calculating eligibility and payments;
- not require a period of residence in the province or in Canada as a condition of eligibility for assistance; and
- operate an appeals procedure for decisions made with respect to social assistance, and inform recipients of their right to appeal.

Although in determining eligibility for assistance all provinces and territories employ a "needs test," which compares a household's income and fixed and liquid assets with its budgetary requirements, the jurisdictions differ in the maximum allowable fixed and liquid asset levels that are exempt, and the treatment of fixed assets. Nevertheless, in order to qualify for cost-sharing under the CAP, allowable liquid asset levels cannot exceed those established by the federal government. In fact, the levels permitted by most provinces and territories are below the federal maximum levels and are highly variable from jurisdiction to jurisdiction, as shown in Table 11 for December 1990. Nevertheless, in that month Ontario and Newfoundland had liquid asset levels which matched those of the federal government for applicants for long-term assistance, and Nova Scotia and Alberta permitted the maximum levels for those with disabilities.⁵⁰ In establishing these levels, a distinction is often made between unemployable and employable recipients, and between a single person and a family.

Further, while the majority of provinces and territories do not consider Family Allowance, Child Tax Credit and Sales Tax Credit benefits as available for the support of the applicant, Saskatchewan does not exempt the value of Family Allowance benefits. Quebec exempts government transfer payments in its calculation of benefits, but takes them into account when determining rates of assistance.⁵¹

Each province and territory uses a different method of calculating basic social assistance. Extra assistance may be available to applicants who have special needs, including a requirement for medication, prosthetic devices, technical aids and equipment, special clothing, and dental

⁵⁰ National Council of Welfare, *Welfare Incomes 1990*, Autumn 1991, p. 3.

⁵¹ *Ibid.*, p. 7.

care. In some instances, only a portion of an item's cost is covered. There is no requirement that all provinces and territories provide extra assistance for the same special needs, and Ontario's municipalities may, but are not required to, make special assistance available for designated special needs. Further, across Canada assistance for special needs is granted at the discretion of welfare workers. Finally, with the two-tier welfare systems, municipalities in Nova Scotia and Manitoba determine their own levels of assistance, while Ontario municipalities must conform to standard provincial rates for basic welfare assistance, but they are given wide latitude with regard to the provision of special assistance.⁵²

Finally, each province and territory permits welfare recipients to retain a certain amount of earned income without any reduction in the value of their welfare benefits. These allowable earnings exemptions vary by family size and, in some instances, by employability. Some provinces recognize certain work-related expenses in their calculation of allowable earnings, as shown in Table 12 for December 1990. The provinces and territories are expected to fall within federal guidelines with regard to earnings exemption levels.⁵³ Earned income that exceeds the exemption level is subject to "taxback or reduction rates." In 1985, the federal government made special provision for cost-sharing in programs with enhanced earnings exemption levels. It is hoped that this measure leads to greater labour force participation by employable welfare recipients.

These, and other factors, indicate variable treatment of social assistance recipients across and within provinces and territories, and over time. While this variability does allow the provinces and territories flexibility to meet their unique requirements and to provide for extenuating circumstances and special situations, it permits dramatic variation in the standard of living and services available to welfare recipients across Canada. Annual basic and special assistance, as a proportion of 1986-based Low Income Cut-Offs, for a couple with two children, ranged from 34.5% in New Brunswick to 62.0% in Prince Edward Island in 1990, as shown in Table 13.

The 20 February 1990 federal budget proposed a two-year limit on the rate of growth in CAP transfers to those provinces not receiving fiscal equalization payments – currently, Ontario, British Columbia and Alberta. This 5% annual growth limit was predicted to lead to federal savings of \$75 million in 1990-91 and \$80 million in 1991-92, although these figures were revised in May 1990 to \$147 million and \$154 million respectively. Despite these federal estimates, it has been forecast that the cost for Ontario for 1990-91 is \$310 million, and \$510 million is forecast for 1991-92. Alberta, while expecting no loss in 1990-91, has predicted a significant loss in 1991-92. Finally, while British Columbia expected a \$45 million loss in 1990-91, it had not forecast its loss for 1991-92.⁵⁴

Following the budget announcement, British Columbia, with the support of Ontario, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, the Native Council of Canada, and the United Native Nations of British Columbia, challenged the right of the federal government to change the CAP agreements unilaterally, without provincial consent. In a 15 June 1990 decision, the British Columbia Court of Appeal ruled unanimously that the federal government does not have the right to limit its obligation to contribute 50% of the cost of the CAP. On 18 June 1990 the federal government announced that it was appealing this decision to the Supreme Court of Canada. The Court heard arguments on 11-12 December 1990 and ruled on 15 August 1991. In overturning the decision of the British

⁵² *Ibid.*, p. 9, 11.

⁵³ *Ibid.*, p. 41, 42.

⁵⁴ National Council of Welfare, *The Canada Assistance Plan: No Time for Cuts*, Winter 1991, p. 18.

Columbia Court of Appeal, Supreme Court Justice John Sopinka said that "a government is not bound by the undertakings of its predecessor" and rejected the argument that the federal government had acted illegally in moving to amend the Plan without provincial consent.

This restraint on the rate of growth of CAP transfers to the provinces not receiving fiscal equalization payments was extended on 26 February 1991 when the federal Budget indicated that the limits would continue for an additional three years to the end of the 1994-95 fiscal year. With estimated savings in 1992-93 of \$365 million, the federal government has predicted that the savings resulting from the five years of restraint will total in excess of \$2.1 billion.

The 1991-92 *Estimates (Part III Expenditure Plan)* for Health and Welfare Canada indicates that, in the 1989-1990 fiscal year, federal government transfers to the provinces and territories under the Canada Assistance Plan totalled almost \$4.89 billion, of which \$126.9 million, or 2.6%, was allocated to child welfare.

B. THE FAMILY ALLOWANCE PROGRAM

Although the subject of family allowances was investigated by a federal Parliamentary Committee in 1929, conflicting evidence was presented to the Committee. In view of that evidence and in the absence of any broad public support, the Committee decided that the matter required further study and that the question of federal-provincial jurisdiction would have to be settled before any action could be taken. Despite some continued interest in the early 1930s, the subject was not discussed extensively again until the World War II era. In particular, the labour movement and some social workers were opposed to the family allowance concept because they thought that such allowances might be used to depress wages. Nevertheless, the *Family Allowances Act* was passed in 1944. In part, the program was intended as a means to stimulate consumer spending following World War II.

The main objective of the Family Allowance program, first implemented in July 1945, is to provide parents of dependent children with financial assistance to help them meet child-rearing costs. The program also includes a Special Allowance paid on behalf of children who are maintained by a welfare agency, a government department or an institution. When first implemented, the universal payment was made for all children up to 16 years of age who attended school and met certain residency requirements; the value of the benefit varied from \$5 to \$8 per child per month, depending on the age of the child. Reduced benefits were paid for the fifth and succeeding children, although this provision was removed in 1949. In 1964, a Youth Allowance was introduced to provide payments for children aged 16 to 17 years who were in full-time attendance at an educational institution. The allowance had a monthly value of \$10 per child.

In 1970, the federal government proposed an income-related program that would help low-income families by providing larger benefits for them but eliminating benefits completely for all families with annual incomes in excess of \$10,000. It sought to transform the Family Allowance program into an income-tested Family Income Security Plan. The plan did not pass the House of Commons prior to the 1972 election, and was not re-introduced.

Significant changes to the program did occur with the passage of a new *Family Allowances Act* in December 1973, which became effective 1 January 1974 and subsumed the previous Act governing Family and Youth Allowances. The age of eligibility was raised to 18 years, and the amount of the monthly benefit increased to \$20 per month per child, up from a monthly benefit of \$12 per child in October 1973. Payments became indexed annually, and became taxable income for income tax purposes.

In 1974, provinces were permitted to vary the amount of the Family Allowance payment to families according to the age of the child(ren), as is currently done in Alberta, the number of children, or both the age and the number of children, as is the case in Quebec. This flexibility is permitted subject to a requirement that, over a four-year period, average total payments in the province must be the same as if the federal rate had been in effect, and that the smallest monthly payment must be at least 60% of the federal rate per child. The provinces are not, however, permitted to vary the amount of the Special Allowance payment.

Except for 1976 and 1979, the Family Allowance rates were generally increased annually over the 1974 to 1982 period to reflect any increase in the cost of living. In 1976, the indexation of Family Allowance benefits was suspended for one year, while in 1979 the monthly benefit was reduced from \$25.68 to \$20 when the refundable Child Tax Credit was introduced, with the \$20 indexed to determine the amount of the benefit for 1980. The Special Allowance rate was not affected by this reduction and is now higher than the Family Allowance rate, although they were the same in 1979. In accordance with the federal government's restraint program, indexation of Family Allowance benefits was limited to 6% in 1983 and 5% in 1984; the Special Allowance rate, however, continued to rise based on the full increase in the cost of living. Although normal indexation was resumed in 1985, for 1986 and subsequent years the benefit rates have been indexed to the increase in the cost of living in excess of 3%.

In the April 1989 budget, the federal government stated its intention to recover Family Allowance payments from higher-income individuals. Such persons would repay benefits at a rate of 15% of individual net income exceeding \$50,000. At that time, it was indicated that the measure would be phased in over a three-year period, with actual repayments in 1989 equal to one-third of the amount repayable, with increases to two-thirds in 1990 and to the full amount in 1991. For 1990 and subsequent taxation years, the \$50,000 threshold is indexed to increases in the cost of living exceeding 3%. The government has indicated that the level of the threshold will be reviewed periodically and adjusted as appropriate.

In 1991, the monthly value of the Family Allowance benefit is \$33.93 per child, while the Special Allowance totals \$50.61 per month. Given the recovery of payments from higher-income parents, and assuming a \$50,000 threshold for 1991, families with two children will lose all Family Allowance benefits once the higher-income parent's income exceeds \$55,428.80. In 1990, nearly 6.7 million children in just over 3.7 million families received Family Allowance benefits.

Table 14 presents the evolution of the value of benefits under the Family Allowance program from its inception to 1991. Over the 1945 to 1949 period, the amount of the benefit was related to both the age of the child and the number of children; beginning in April 1949, it became related to age. In October 1973, when the allowance became a flat-rate amount, each eligible child received \$12.00 per month.

In 1974, the annual Family Allowance payment per child represented 1.6% of average family income. In 1989, the payment represented 0.8% of average family income.

C. THE REFUNDABLE CHILD TAX CREDIT

Through amendments to the *Family Allowances Act* and the *Income Tax Act*, the refundable Child Tax Credit program became effective in 1979, for the 1978 taxation year. As mentioned earlier, this program was accompanied by a reduction in the monthly benefit paid under the Family Allowance program. Designed to provide additional assistance to low- and middle- income

families to meet the costs of raising families, in that year such families received an income tax refund of up to \$200 per child, with the full benefit for each child reduced by \$0.05 for every \$1 of net family income above a threshold of \$18,000.

The income threshold increased over time, reflecting changes in the cost of living, until it reached a value of \$26,330 in 1982. It remained frozen at this level until 1986, when it was reduced to \$23,500 before beginning to rise again. Currently, it is indexed to increases in the cost of living in excess of 3%. Over this period, the maximum credit also increased, except in 1983, when it remained at the 1982 level. The credit payable for the 1982 taxation year was increased by \$50 above the normal cost-of-living increase in order to protect low- and middle-income families from any losses due to inflation above the 6% and 5% levels for 1983 and 1984, respectively, imposed under the federal government's restraint program. This increase brought the maximum credit to \$343, and although the increase was to have been a "one-time-only" rise, the maximum credit and income threshold remained the same for the 1983 taxation year. Legislation effective 1 January 1986 increased the maximum credit by \$140 per child over a three-year period.

To further assist low- and middle-income families, and to recognize the contribution of parents who care for their child(ren) at home, effective at the beginning of the 1988 taxation year, a supplement became payable for each child aged 6 years and younger at the end of that year; the supplement for each eligible child is reduced by 25% of the Child Care Expense Deduction claimed for that child in that year. The supplement, with a maximum value of \$100 in 1988, was increased to \$200 in 1989. Beginning with the 1990 taxation year, this supplement and the credit are indexed to increases in the cost of living in excess of 3%.

Beginning in 1986, an annual prepayment of the credit has been payable to eligible families in November. Since the 1988 taxation year, the amount of the prepayment, and the prepayment income threshold, have been set at approximately two-thirds of the credit, or the credit plus supplement, to which the family is entitled. The balance of the credit is obtained by filing an income tax return for the current year.

Further, the February 1990 budget, noting the lack of a provision for larger families, proposed that families with at least three children be entitled to the prepayment, provided that their incomes do not exceed the income threshold for the year.

For families with taxable income, the credit reduces the taxes payable. For families whose taxes are less than the value of the credit, a non-taxable lump-sum payment is made.

In 1991, the value of the refundable Child Tax Credit, per child, is \$585; the supplement has a value of \$207 per child. Families with two children, both of whom are aged 7 years or older, will lose all of the refundable Child Tax Credit once net family income exceeds \$48,615, given an income threshold of \$25,215 for 1991.

Table 15 presents the change in the value of the refundable Child Tax Credit from its implementation for the 1978 taxation year to the present.

In 1978, the maximum value of the refundable Child Tax Credit per child represented 0.9% of average family income. In 1989, the maximum value of the credit, excluding the supplement for young children, represented 1.1% of average family income.

D. THE NON-REFUNDABLE CREDITS

1. The Non-refundable Child Tax Credit (Dependent Child Credit)

Deductions from taxable income for dependent children were permitted in Canada as early as 1918. The original purpose of the provision was to provide fairness, through the tax system, for taxpayers with and without children. Child Tax Exemptions, originally valued at \$200 for each child under the age of 16, increased in value in 1927 to \$500 per child, and the exemption was extended to all children under the age of 21; the value of the exemption was, however, reduced to \$400 in 1933. Exemptions were abandoned over the 1942 to 1946 period in favour of a non-refundable tax credit of \$80 per child; however, they were re-introduced in 1947, with a value of \$100 for children who qualified for Family Allowance benefits, and of \$300 for children who did not, most of whom were children aged 16 and 17 years.

In addition to these changes in the value of the exemption, indexation was introduced in 1974 as part of the indexing of the personal income tax. As with many other benefits, increases in the value of the exemption were limited to 6% in 1983 and 5% in 1984, as part of the federal government's restraint program. Further, in 1984 the value of the exemption became frozen at \$710 for each child under age 18; the 1985 Budget announced a phased decrease in the credit to \$560 for the 1987 taxation year, \$470 for 1988 and an amount equal to the Family Allowance benefit for 1989 and onward. Coincident with this decline was an increase in the value of the refundable Child Tax Credit.

In 1988, however, as part of tax reform the Child Tax Exemption was replaced by the non-refundable Child Tax Credit (dependent child credit). Families who do not owe income taxes do not receive any benefit from this credit. The credit is indexed annually by the amount of inflation in excess of 3%. In 1988, the effective federal value of the credit was almost \$66 for each of the first two children, and approximately \$132 for the third and subsequent children. These amounts were increased in 1989 to about \$67 and \$133 respectively. In 1990, the credit had an effective federal value of about \$68 for the first and second child, and \$136 for the third and each subsequent child. These figures compare with an effective federal value for 1990 of about \$1,049 for the personal credit, \$874 for the married/equivalent-to-married credit, \$566 for the age credit and \$257 for the credit for dependents who are infirm.

Table 16 provides the evolution of the value of this credit, as well as other non-refundable credits, over the 1963-1990 period.

In 1961, at the average family income level, the value of the benefit was 0.63% of family income; in 1989, the value of the benefit was 0.13% of average family income.

2. The Non-refundable Married or Equivalent-to-Married Credit

The Equivalent-to-Married Exemption, along with the Married Exemption and the Child Tax Exemption, was introduced in 1918. As part of tax reform, the Married/Equivalent-to-Married Exemption became a credit in 1988. This credit is of value to families with a dependent spouse, and is of particular benefit to single parents, who can claim an equivalent credit in respect of one child; other child(ren) are covered under the lower-valued non-refundable Child Tax Credit, formerly the Child Tax Exemption. In essence, the Equivalent-to-Married Credit provides an above-normal child credit for single parents. In particular, it is of benefit to single mothers, since most single-parent families are female-led.

In 1987, the exemption had a value of \$3,700. With tax reform, the credit had an effective value of \$850 in 1988. In 1990, the credit's effective value was \$874. Like other benefits, the credit's value is partially de-indexed, increasing by the cost of living in excess of 3%. As this is a non-refundable credit, families who do not owe income taxes do not receive any benefit from this credit.

In 1961, at the average family income level, the value of the benefit was 2.5% of family income; in 1989, the value of the benefit was 1.7% of average family income.

E. THE CHILD CARE EXPENSE DEDUCTION

Through the Child Care Expense Deduction, first introduced in December 1971, a lone parent or the spouse with the lower income can claim receipted child care expenses incurred while the spouse or parent is earning an income or undertaking training. Although the deduction was originally designed only for lone-parent families, as more mothers entered the labour force it came to be considered as an employment expense deduction to enable both parents to be part of the labour force or a training program. It was designed to offset the extra costs of child care when no parent is available to stay home with the child(ren).

As shown in Table 17, from 1972 to 1975, the Child Care Expense Deduction had a value of \$500 per child, up to \$2,000 per family; increases for the 1976 to 1982 period doubled both the value of the deduction per child and the maximum per family, to \$1,000 and \$4,000 respectively. For the 1983 to 1987 period, a maximum deduction of \$2,000 per child was permitted, up to an \$8,000 family limit. For 1988 and subsequent tax years, up to \$4,000 can be deducted for each child under age 7 at year end, or for a child of any age who has a severe and prolonged mental or physical impairment; a maximum of \$2,000 can be deducted for children aged 7 to 14 years. The maximum limit of \$8,000 per family was removed to ensure that the costs paid by larger families are more adequately recognized.

The Child Care Expense Deduction is of the greatest benefit to those who are subject to the highest marginal tax rates; that is, to those with the highest levels of income.

In the 1988 taxation year, there were 578,870 claims made for 920,110 children. Allowable child care deductions in that year totalled just over \$1.2 billion.

In 1972, the reduction in the tax bill, for the lower-income earner of a couple at the average family income, represented 0.9% of family income; in 1989, the reduction in the tax bill represented almost 1.4% of average family income.

F. THE REFUNDABLE GOODS AND SERVICES TAX CREDIT

In Canada, refundable Sales Tax Credits have existed since 1986. When first introduced, for 1986 and 1987 the credit had a value of \$50 per adult and \$25 per child, with the value of the credit reduced by \$5 for every \$100 of net income in excess of a \$15,000 threshold. Increases in 1988 through 1990 led to a maximum credit value of \$70 per adult, \$35 per child and a threshold of \$16,000 in 1988, \$100 per adult and \$50 per child with the income threshold unchanged in 1989, and \$140 per adult, \$70 per child and an income threshold of \$18,000 in 1990. It was paid annually.

In 1991, the refundable Sales Tax Credit was replaced by the refundable Goods and Services Tax Credit aimed at alleviating the effect of consumption taxes on lower-income Canadians. Currently, the credit has a value of \$190 per adult and \$100 per child, reduced by \$5 for every \$100

of net income in excess of a \$24,800 threshold. Unlike its predecessor, the credit is paid quarterly. However, like the federal Sales Tax Credit, the value of the credit and the income threshold are indexed to increases in the cost-of-living in excess of 3%.

Certain additional credits are available to single parents and single individuals. Single parents are able to claim the full adult credit for one dependent child in lieu of the child credit and, like single individuals, can claim an additional credit of up to \$100; it is payable at the rate of 2% of income in excess of \$6,169, up to this maximum. This credit is given in recognition of the economies of scale associated with maintaining a household, and the fact that single-member households incur proportionately higher costs than do larger households.

The income threshold and credit levels are to be reviewed periodically and adjusted as appropriate.

In 1986, the refundable Sales Tax Credit per child represented 0.06% of average family income; in 1989, the credit per child represented almost 0.10% of average family income. If average family income in 1991 is \$55,636, the refundable Goods and Services Tax Credit of \$100 per child will represent 0.18% of average family income.

G. CONCLUSION

What child benefits under the federal tax/transfer system are claimed by families (Column 1) and what is their impact on net income (Column 2)? Assume that all families are dual earner, have two children aged 7 and 9, that child care expenses of \$4,000 are claimed and that the median family income for 1990 is \$49,390, with 60% of that income earned by the head of the family and 40% earned by the second earner in the family. The values in Column 1 represent the amount claimed on the income tax form; the values in Column 2 reflect both the federal and provincial tax impact, using Ontario as an example.

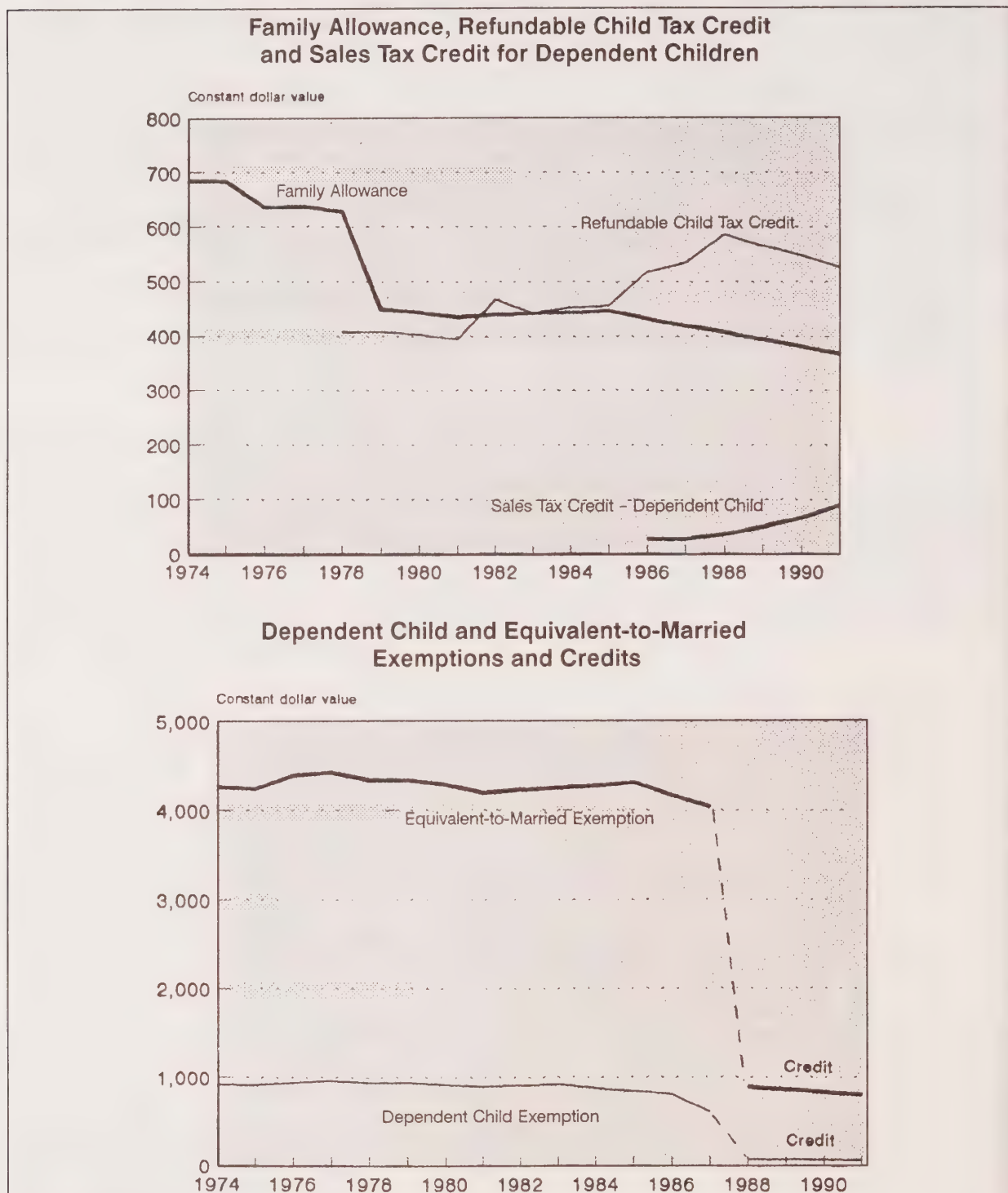
	COLUMN 1	COLUMN 2
FAMILY 1:		
Family Income of \$24,695 (One-half of the median family income)		
Family Allowance:	\$ 799.92	\$ 443.00
Non-refundable Child Tax Credit:	798.00 (x 0.17 = 135.66)	362.00
Refundable Child Tax Credit:	1,150.00	1,150.00
Refundable Federal Sales Tax Credit:	245.25	245.25
Child Care Expense Deduction:	4,000.00 (claimed)	697.00 (tax impact)
TOTAL		\$ 2,652.00
FAMILY 2:		
Family Income of \$49,390 (The median family income)		
Family Allowance:	\$ 799.92	\$ 439.00
Non-refundable Child Tax Credit:	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00
Refundable Child Tax Credit:	78.95	78.95
Refundable Federal Sales Tax Credit:	0.00	0.00
Child Care Expense Deduction:	4,000.00 (claimed)	1,705.00 (tax impact)
TOTAL		\$ 2,439.95

	COLUMN 1	COLUMN 2
FAMILY 3:		
Family Income of \$98,779 (Twice the median family income)		
Family Allowance:	\$ 799.92 (533.28 repayment)	\$ 145.23
Non-refundable Child Tax Credit:	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00
Refundable Child Tax Credit:	0.00	0.00
Refundable Federal Sales Tax Credit:	0.00	0.00
Child Care Expense Deduction:	4,000.00 (claimed)	2,465.00 (tax impact)
TOTAL		\$ 2,827.23

Chart 8 shows the maximum real value of selected child-related benefits over time.

CHART 8

ANNUAL MAXIMUM VALUE OF FAMILY BENEFITS, CONSTANT (1989) DOLLARS



Source: Statistics Canada, Health and Welfare Canada and the Library of Parliament.

Note: As part of tax reform, the Equivalent-to-Married Exemption and the Dependent Child Exemption became the Equivalent-to-Married Credit and the Dependent Child Credit respectively.

CHAPTER THREE

The Causes of Poverty

Until the age of 10 I was fairly comfortable. . . . I never really wanted for anything because money was never an issue with us. I usually had what I wanted. Things changed. My parents separated while we lived in Germany and my mother brought my brother and me back to Canada. . . . When I arrived back in Ottawa it was hard for me to adjust, and I could not believe what had happened because we now lived in a low-income project. My first impression was of the pollution. It was very dirty. The parks were littered. There was graffiti everywhere. I was not accustomed to that. (Liz, a teenager growing up in poverty)⁵⁵

Many of the witnesses appearing before the Sub-Committee felt that, over time, there has been an erosion of support for families. As evidence of this decline, the partial de-indexation of child benefit programs, the limit on the rate of increase of Canada Assistance Plan funding to provinces not receiving fiscal equalization payments, reduced social housing spending and the lack of a child care strategy were cited. Further, some witnesses felt that other factors are contributing to child poverty, including high rates of unemployment in some areas, minimum wage rates which yield an income below the poverty line and which are being eroded each year, social assistance rates which are too low and other problems associated with the social assistance system, pay and employment inequity, and inadequate training for employment.

A. INCOME INADEQUACY

Repeatedly, the Sub-Committee was told that child poverty is the result of "parent poverty," and that the latter exists, in large measure, due to inadequate income. One low-income mother, when speaking to the Sub-Committee about the importance of an adequate income in enabling parents to care for their children, said:

When a child of a single parent goes to school, the first person he deals with is the child psychologist and then it is the social worker. If the parent is on welfare, or family benefits, then he deals with the worker for the parent. Children's Aid will step in and talk. Suddenly this child has all these workers. He is at no risk of having not enough authority. . . . This child from the time [he] is in day care, if [he] is lucky enough to get day care, has helping hands all the time and lots of helping hands [he] does not really need. . . . If the family had enough money, the mother usually would be quite well enough endowed to direct her child without all these workers. . . . Nine times out of ten the mother knows exactly what to do. If she has enough money and a decent house to live in, she will do the right thing.⁵⁶

Income inadequacy was thought to reflect several factors: the perceived lack of a full employment policy on the part of the federal government and inadequate job training, low minimum wage rates, social assistance rates which are too low, and pay and employment inequity.

⁵⁵ *Proceedings*, Issue 13, p. 36, 37.

⁵⁶ *Proceedings*, Issue 10, p. 102, 103, 104.

1. Full Employment

Many of the witnesses appearing before the Sub-Committee stressed the importance of a federal government policy of full employment if poverty among Canadian adults and children is to be alleviated. Quite apart from the impact of high levels of unemployment on social assistance programs, witnesses indicated that parents should be able to earn an income sufficient to permit them to finance the shelter, clothing, food, recreational and other needs of their children. Employment insecurity for parents and/or inadequate income may require labour market work by youth, who may either leave school to pursue full-time work or work while going to school full-time. A representative from the Canadian Teachers' Federation told the Sub-Committee that:

One of the things I found in my class a year ago was that a number of my children were working, and I am talking about grade 6 and 7 children. They were working at a McDonald's five to six hours after school . . . (A) 13-year-old boy . . . was actually dancing in a discothèque until 3 a.m., . . . I do not think that this is an isolated case. I trust it is not common, but it is not isolated.⁵⁷

It was felt that job creation must occur, and that training and other job skill programs are required in order that the unemployed can take advantage of employment opportunities. The Social Planning Council of Edmonton told the Sub-Committee that:

employment income is the most critical source or potential source of support to poor families. Better access to better terms of employment, not just minimum-wage jobs, . . . should be the goal of all economic and social policy developed by the federal and provincial governments.⁵⁸

2. Minimum Wage Rates

The unavailability of jobs was viewed, however, as only one part of the income inadequacy problem. Many witnesses gave testimony regarding the "working poor" who, even though employed, live in poverty, perhaps as a result of the low minimum wage rates in Canada. A low-income mother from British Columbia told the Sub-Committee that:

As hard as it is to live on welfare, it is even harder to work at minimum wage jobs. . . . Working outside the home full-time [means] I [can] no longer take advantage of things like the food bank. It [means] extra costs for work expenses and day care.⁵⁹

Many witnesses recommended that the federal minimum wage be increased. Some groups, including the Ottawa Council for Low Income Support Services⁶⁰ and the Canadian Labour Congress,⁶¹ suggested an hourly rate of \$6.00, while End Legislated Poverty suggested a rate of \$8.00 per hour;⁶² the recommendations of other witnesses fell within this range. Finally, Professor Allan Moscovitch, of the School of Social Work at Carleton University, suggested to the Sub-Committee that the minimum wage be raised to a level that would yield an income equal to the relevant LICO.⁶³ An increased minimum wage was suggested both for those workers under federal jurisdiction and as a signal to the provinces.

⁵⁷ *Proceedings*, Issue 8, p. 9.

⁵⁸ *Proceedings*, Issue 13, p. 63.

⁵⁹ *Proceedings*, Issue 9, p. 65.

⁶⁰ Submission to the Sub-Committee.

⁶¹ *Proceedings*, Issue 10, p. 70.

⁶² *Proceedings*, Issue 9, p. 70.

⁶³ *Proceedings*, Issue 7, p. 9.

Several witnesses also made suggestions with regard to the adjustment of the minimum wage to changes in the Consumer Price Index. The Canadian Labour Congress indicated that the rate should be adjusted semi-annually.⁶⁴ Mr. David Ross and Mr. Richard Shillington, co-authors of *The Canadian Fact Book on Poverty 1989* prepared for the Canadian Council on Social Development, told the Sub-Committee that the minimum wage has failed to keep pace with inflation and that its real value has declined over the last decade. They indicated that in 1975, the income earned by working full-time, full-year at the minimum wage equalled 81% of the "poverty line." In 1986, however, a full-time, full-year job at the minimum wage yielded an income of 46% of the poverty line.⁶⁵ The Vanier Institute of the Family suggested that there has been a 26% decline in the real value of the minimum wage since 1975.⁶⁶

3. Social Assistance

Several concerns were expressed by witnesses regarding the social assistance system. Many witnesses felt that social assistance rates are too low, that liquid asset and earned income amounts that may be retained while still being eligible for assistance are inadequate, and that the reduction rates associated with earned income are too high.

Professor Moscovitch told the Sub-Committee that the preamble to the Canada Assistance Plan states that benefits should be "adequate," but that adequacy is not explained in the regulations or guidelines to the Act. He recommends that "adequacy" be defined.⁶⁷

Equal Justice for All, a group from Saskatchewan, told the Sub-Committee that a single employable person in Saskatchewan receives \$7 per day for shelter costs, \$1.50 per day for such utilities as heat, electricity, water, telephone and laundry, and \$4.06 per day for all other needs, including food, clothing, personal care, household supplies, medical supplies and services, transportation and emergencies. This \$4.06 per day may be reduced to \$3.08 if there has been an overpayment made to him or her. Further, the Sub-Committee was told that a family of eight receives \$2.08 per person per day for shelter, \$0.25 per person per day for utilities and \$4.13 per person per day for all other needs; an overpayment would lead to a reduction in the \$4.13 to \$3.78.⁶⁸

Further, the Nova Scotia Nutrition Council indicated that social assistance food rates are inadequate to meet the nutritional needs of children. It has estimated that, based on social assistance food rates in that province, on average 63% of the nutritional needs of children are being met.⁶⁹ As a further illustration of the inadequacy of social assistance rates, the Canadian Association of Food Banks told the Sub-Committee that, on a national basis, 82% of the users of food bank services are on some form of government assistance.⁷⁰

The Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality, a Newfoundland group, indicated to the Sub-Committee its belief that, in some instances, the social assistance system is designed in a manner that provides individuals with incentives to remain on social assistance rather than pursue

⁶⁴ *Proceedings*, Issue 10, p. 70.

⁶⁵ *Proceedings*, Issue 1, p. 19.

⁶⁶ Submission to the Sub-Committee.

⁶⁷ *Proceedings*, Issue 7, p. 7, 8.

⁶⁸ *Proceedings*, Issue 13, p. 90.

⁶⁹ *Proceedings*, Issue 10, p. 79.

⁷⁰ *Proceedings*, Issue 11, p. 26.

market work. In some cases, such incentives are the result of social assistance reduction rates for earned income, while in others it reflects the fact that certain services which are available to social assistance recipients are not available to the "working poor." Further, in some jurisdictions the minimum wage is at a level where full-time market work at that wage, perhaps in conjunction with the loss of some services, leads to a lower standard of living for the working poor relative to that of social assistance recipients.⁷¹ As a result, some witnesses suggested that the reduction rates on earned income should be lowered so that, for example, individuals on social assistance would be permitted to keep 50% of the income they earn.⁷² Disincentives to entering the labour force should be removed through a comprehensive package of transitional benefits.⁷³

Finally, in speaking of her life on social assistance, a British Columbia mother told the Sub-Committee:

I am trained as a fisheries technologist but my last paid employment was as an income tax preparer. At the present time I live on social assistance. We survive by using the food bank, the soup kitchen and the clothing exchange. I have a garden and I only buy products that are on sale. . . . We live close to the edge.⁷⁴

4. Pay and Employment Equity

Another key income issue which was brought to the attention of the Sub-Committee was pay and employment equity. The Toronto Chapter of the Child Poverty Action Group told the Sub-Committee that:

Another very important part of labour market policies is . . . employment equity and pay equity policies. We are not going to have greater equity unless these policies can come into place.⁷⁵

Additional testimony was given by End Legislated Poverty, which suggested that legislation to "end wage discrimination against women"⁷⁶ is needed, and by the Canadian Labour Congress, which noted that "gaps in government policy," including "ineffective pay and employment equity legislation," are contributing to poverty.⁷⁷

Finally, a low-income mother from British Columbia told the Sub-Committee that, although formerly employed in a profession characterized by "fairly equal" wages between men and women performing the same work, "(w)ithout pay equity, I cannot make enough money to support my child and myself."⁷⁸ She went on to suggest that while equal pay for performing the same work was not an issue in her former occupation, it was the case that:

there is [a] difference between the top and the bottom. The top people are the scientists and . . . in this [location] they are still exclusively men. The administrative people are still exclusively

⁷¹ *Proceedings*, Issue 13, p. 50.

⁷² *Ibid.*, p. 51.

⁷³ *Ibid.*, p. 63.

⁷⁴ *Proceedings*, Issue 9, p. 65.

⁷⁵ *Proceedings*, Issue 6, p. 38.

⁷⁶ *Proceedings*, Issue 9, p. 70.

⁷⁷ *Proceedings*, Issue 10, p. 68.

⁷⁸ *Proceedings*, Issue 9, p. 75.

women. . . . When the cutbacks came they got rid of just about all of the administration people and the technicians, which is where I was trained.⁷⁹

B. CHILD CARE

Child care was also a key concern of witnesses appearing before the Sub-Committee. A number of witnesses expressed disappointment with the lack of a national child care strategy, and stressed the importance of an adequate, flexible, affordable and high-quality child care system in the prevention and alleviation of child poverty. In particular, the Social Planning and Research Council of British Columbia expressed to the Sub-Committee its belief that:

the lack of affordable licensed child care is one of the major barriers for parents' participation in the labour market.⁸⁰

Some witnesses felt that women may remain at home due to the lack of child care, while others suggested that its high cost may make it economically unfeasible for women to work in the labour market, particularly at part-time and/or low-wage jobs.

The Private Home Day Care Association of Ontario indicated that a good infant child care program costs \$10,000 per infant per year, while a good preschool program costs \$6,000 to \$7,000 per child per year. It suggested that, like education and health care, child care is not an expense that people can afford out of their own pocket; we have to find ways of supporting them, at least for a short time.⁸¹ The Ottawa-Carleton Day Care Association suggested to the Sub-Committee that some families spend food and shelter moneys on child care.⁸² Further, the lack of adequate and affordable child care was seen as a particular problem for female lone-parents who may wish to work or to undertake training. In 1986, each elderly Canadian was supported by five active labour force participants; by the year 2026, this ratio will have fallen to just over two. Given demographic concerns about the Canadian labour force, it may be that, at some time, the labour services of parents who stay at home due to the lack of child care may be required.

C. SOCIAL HOUSING

Just as adequate, affordable and accessible child care was seen by witnesses as essential to the alleviation of child poverty, so too was adequate and affordable housing. The Sub-Committee received testimony that some poor households spend up to 60% and 70% of their income on accommodation. A low-income mother in Ottawa shared her insights regarding housing costs when she told the Sub-Committee:

I know mom, until she got this home care arrangement, was spending all of her money on shelter and they have moved three times in the last year, sometimes in the dead of night.⁸³

⁷⁹ *Ibid.*, p. 76.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 30.

⁸¹ *Proceedings*, Issue 10, p. 128.

⁸² *Ibid.*, p. 8.

⁸³ *Ibid.*, p. 42.

Another said that:

It will help the child enormously if he lives in a nice house and has a roof over his head with heat and lights and the whole thing.⁸⁴

Several witnesses noted a link between housing costs and the nutritional health of children, suggesting that high housing costs mean that there is often less money available for an adequate quality and quantity of food for children. The importance of adequate nutrition at every stage in a child's development was noted earlier. Further, the Sub-Committee heard the suggestion that high rental costs and the resulting inadequate food budget are contributing factors in the growth of food banks in Canada. As well, Professor Waller indicated to the Sub-Committee that crime levels are higher both in and around public housing projects.⁸⁵

The problems associated with public housing were also noted by Dr. Maloney. He told the Sub-Committee:

(Y)ou know where the public housing is and you know where most of our cases come from. I just have to look on a map and I know where our cases are: they are in public housing. That is where the poor are housed, and just being there puts them seriously at risk. That is not the solution.⁸⁶

The Children's Aid Society of Metropolitan Toronto told the Sub-Committee that in one year, more than 70 children were admitted to its care because of a lack of housing.⁸⁷ Further, the Sub-Committee learned that time spent in care is extended, on average, by six months due to the inability of families to access appropriate and affordable family housing.⁸⁸ The Society told the Sub-Committee that the cost of providing substitute care for one year for one child in foster care is approximately \$10,000; the figure for institutional care is \$34,000.⁸⁹

D. THE EROSION OF CHILD BENEFITS

Most witnesses, in their appearance before the Sub-Committee, noted some manner in which they felt child benefits had been eroded by recent policies of the federal government. Most suggestions were related to tax changes. The loss of full inflation indexation for family benefits and the "clawback" of Family Allowance benefits were perhaps the two most frequently cited examples of this erosion. It was noted by several witnesses that, with the beginning of partial de-indexation in 1986, approximately \$3.5 billion will have been removed from the child benefit system over the 1986 to 1991 period. Further, the limit placed on the rate of increase of payments under the Canada Assistance Plan to those provinces not receiving fiscal equalization payments was also frequently cited by witnesses as evidence of the federal government's erosion of support. Repeatedly, witnesses recommended that the federal government re-establish its commitment to, and support for, families. It was felt that this commitment could be achieved through the restoration of full inflation indexation, the termination of the Family Allowance "clawback," an increase in the value of the refundable Child Tax Credit, and an end to the limit on the rate of increase of Canada Assistance Plan payments, among others.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 103.

⁸⁵ *Proceedings*, Issue 13, p. 25.

⁸⁶ *Proceedings*, Issue 9, p. 94.

⁸⁷ *Proceedings*, Issue 10, p. 32.

⁸⁸ Submission to the Sub-Committee.

⁸⁹ *Proceedings*, Issue 10, p. 32.

E. THE CHALLENGES FOR REFUGEES

One witness appearing before the Sub-Committee made particular mention of the problems faced by refugee children and their families. The Focus-on-Future Schools Advisory Committee of the Ottawa Board of Education told the Sub-Committee that:

the refugee children in our schools . . . are in double jeopardy because they come with nothing. They are in poverty to begin with, but they have the problem of having to learn another language.⁹⁰

Language differences and a lack of English-as-a-Second-Language teachers was not the only problem identified by the Committee. It also told the Sub-Committee that many of our refugees are from war-torn countries and refugee camps and may have spent little, if any, time in school in their home country. As a result, the learning process requires that these children be in small groups, where they can be assisted with basic skills, as well as language and adjustment to a new society. Further, their needs may go beyond these language and basic skills; many of the refugee children and their families have experienced traumatic situations, and the intervention of social workers and psychologists, and the use of special diagnosticians and special services, may be required.

Additional problems are often encountered in communications between refugee parents and school staff, due to a lack of translators. Communications to parents with respect to such matters as busing, staff changes, and health and safety matters does not occur. Further, communications from parents regarding their experiences as refugees and their culture, each of which is essential to the success of the child in school, is hindered.

Finally, the Committee noted that resources of time and money must be invested in refugee children and their families. It noted that:

(i)f we do not provide services so they can succeed in our country, in our society, they in essence will become burdens to our society as they reach adulthood.⁹¹

At the same time, given the demographic changes occurring in Canada, the Committee noted that:

(t)o continue the social programs we have had in Canada as [the population] bulge goes through, we are going to need the immigrants, the young children of today, to balance out our population, and we are going to need them to be skillful. We really need to develop these skills so that they will be able to take their part in the work force and support the rest of us as we age.⁹²

⁹⁰ *Proceedings*, Issue 9, p. 143.

⁹¹ *Ibid.*, p. 144.

⁹² *Ibid.*, p. 147.

CHAPTER FOUR

New Directions

I began running away a lot and finally, when I was 14 years old, I went into care. . . . At 16, however, I felt ready to move on, face the world, and as a step towards independence I moved into a group home. . . . Things changed again. I moved from the group home after six or seven months and moved into a place of my own. Two and (a) half years later I am still there, struggling with trying to get it together. . . . To provide myself with the common luxury of a balanced diet, I have to cut the following out of my budget – movies, dancing, museums and sports – in short, all the fun social things I like to do. (Liz, a teenager growing up in poverty)⁹³

A. PRIMARY PREVENTION AND EARLY INTERVENTION PROGRAMS

Many witnesses expressed to the Sub-Committee, in various ways, the sentiment that “we can pay now or we can pay later.” The Canadian Teachers’ Federation, for example, said:

We will pay, one way or another. There is no question about it. We pay in illiteracy. We pay in drop-outs. We pay in corrections institutes and in the health system. We pay and pay and pay. I think a cogent and sellable argument . . . can be made for . . . prevention money, rather than mop-up money later on.⁹⁴

The Sub-Committee agrees that prevention should be the goal, but that if prevention is not possible, early intervention should occur to alleviate the effects of child poverty.

1. A “Healthy Babies” Strategy

The majority of Canadian children are born healthy, as their parents are supported by health, educational and medical services, and are able to benefit from improvements in prenatal and postnatal care. Nevertheless, some children do suffer poor health, with associated economic and social costs. Note also the significant variation in infant mortality rates across Canada, as well as the Canadian situation relative to that internationally, as discussed earlier and shown in Tables 7, 8 and 9. More must be done to ensure the health status of our children. There is scope for improvement, even among those provinces which currently have relatively low infant mortality rates.

In particular, the incidence of low birth weight must be addressed. Dr. Chance indicated to the Sub-Committee that, with a concerted socio-economic medical approach, the reduction in the rate of low birth weight in Canada to 4% is possible; in absolute terms, this reduction would mean 15,000 low birth weight infants, rather than 21,000. Further, a significant reduction in morbidity would be expected.⁹⁵

⁹³ *Proceedings*, Issue 13, p. 37, 38.

⁹⁴ *Proceedings*, Issue 8, p. 15.

⁹⁵ *Proceedings*, Issue 12, p. 5.

The costs of caring for low birth weight infants is significant, as indicated earlier. While Dr. Chance told the Sub-Committee that the daily cost of a baby of 1500 grams birth weight going through a perinatal unit is \$1,500, and that the average length of stay for such an infant is 40 days, leading to a cost of \$60,000 per infant,⁹⁶ some estimates are higher. In his appearance before the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare in May 1988, Dr. Robin Walker, a neonatologist and then Vice-President of the Canadian Council on Children and Youth, told the Committee that the cost of caring for each surviving low birth weight infant is approximately \$100,000. Further, some of these infants require ongoing health and educational care, which could increase significantly the costs associated with low birth weight.⁹⁷ From an economic point of view, if no other, prevention of low birth weight is preferable to long-term intensive neonatal care after birth and ongoing health and educational care.

One means of attaining this reduction in low birth weight is through enhanced maternal nutrition during pregnancy. The Sub-Committee received evidence that the prenatal program offered through the Montreal Diet Dispensary, for example, led to a reduction in the rate of low birth weight from 9% to 4.5% for a group of very high-risk women, and a rate of 5.6% overall for all clients in the program; the cost per client was \$257. The program includes food supplements, home visits, agency referrals, and other support.⁹⁸ The Sub-Committee also heard of the benefits of breakfast and orange juice programs for pregnant and nursing women.

Maternal smoking is also a key contributor to low birth weight. Dr. Chance told the Sub-Committee that for each pack of cigarettes smoked per day by a pregnant mother, the infant's birth weight is reduced by 250 grams.⁹⁹

Finally, child development can be hampered by poor nutrition following birth. Ms. Claudette Bradshaw, of the Moncton Headstart Program, told the Sub-Committee that:

One of [the Moncton Headstart Program] staff went to a house . . . where there was a two-month-old baby drinking cherry Kool-Aid. . . ¹⁰⁰

and

I have seen children come to [the Moncton Headstart Program] who did not know that you put a sauce on spaghetti. . . . If you give them a vegetable, they throw up and they are sick.¹⁰¹

Recognizing the importance of maternal health during pregnancy and its impact on the rate of low birth weight, and of education regarding health and nutrition, the Sub-Committee recommends that:

A1 Health and Welfare Canada, in conjunction with Provincial and Territorial Governments and national agencies, develop a "Healthy Babies" Strategy and Provincial/Territorial Guidelines. The Strategy should include, as components,

⁹⁶ *Ibid.*, p. 14. This estimate was supported by the Canadian Institute of Child Health, which told the Sub-Committee of a McMaster University study which estimated the average "cost" of a low birth weight baby to be about \$60,000, whereas a baby of average weight would be far less expensive. (*Proceedings*, Issue 9, p. 119).

⁹⁷ *Minutes and Proceedings of the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare*, Issue 45, p. 6.

⁹⁸ *Proceedings*, Issue 12, p. 11.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 6.

¹⁰⁰ *Proceedings*, Issue 10, p. 55.

¹⁰¹ *Ibid.*

- a) an information campaign to instruct prospective parents about the importance of a woman's health both before and after conception, and its impact on unborn and nursing infants. This information campaign should be useful in educational and community forums, and for health agencies and medical personnel.
- b) a requirement for family studies programs in schools, with such programs providing instruction on infant care, nutrition and health, and hazards to unborn children, including information about the negative impact of drugs, smoking and alcohol.
- c) a Health and Welfare Canada requirement that all alcoholic beverage and tobacco products, medications and drugs contain a warning about the hazards of these products to unborn children.
- d) a requirement that public health departments and similar agencies develop and implement a concerted prenatal program, with objectives similar to those of the Montreal Diet Dispensary, in an effort to reduce the rate of low birth weight.
- e) a Special Nutritional Supplement Payment, in the amount of \$45.00 per month, funded by the Federal Government, indexed annually in accordance with the cost of living, and reviewed for adequacy after each three-year period. The Payment must begin upon diagnosis of the pregnancy and should be contingent upon ongoing participation by the pregnant woman in a prenatal program that meets the objectives of the "Healthy Babies" Strategy as defined by Health and Welfare Canada. The Payment could be delivered through the health care or the social assistance system.

The Sub-Committee recognizes that there will be a cost associated with these endeavors, but supports the belief of Dr. Chance, who told the Sub-Committee that "... there is no question that the evidence is very strong that if we can break this cycle of poverty/low birth weight, then we will save money. But in the process we will have to spend some."¹⁰² The Sub-Committee has been informed that if a pregnant woman were to enter a prenatal program at the eighteenth week of gestation and remain in the program until delivery, and if she were to receive a nutritional supplement of 1 litre of milk and 1 egg per day, and vitamin and mineral supplements, the estimated monthly cost of the nutritional supplement would be approximately \$45.00. As noted earlier, the Canadian Council on Children and Youth told the Sub-Committee that \$1 invested in prenatal care can save \$3.38 in the cost of care for low birth weight infants.¹⁰³ The Sub-Committee believes that these initiatives should commence as soon as possible.

2. Child Care

In December 1987, the Minister of National Health and Welfare announced a national strategy for child care, consisting of three major elements: new measures to accelerate the creation of quality child care spaces; new tax assistance to families with preschool children and children with special needs; and, a fund to support innovative initiatives to meet child care needs. The strategy, over the first seven years, was to receive funding of \$6.4 billion.

¹⁰² *Proceedings*, Issue 12, p. 15.

¹⁰³ *Proceedings*, Issue 9, p. 58.

Although the tax assistance measures and the Child Care Initiatives Fund were implemented, the 1989 Budget indicated that the government would not proceed with its proposal for the creation of child care spaces. However, the government indicated that, before the end of its term of office, it would act to meet its child care objectives. In the interim, it would continue to share the cost of child care services eligible for support under the Canada Assistance Plan. It was estimated that the savings from not proceeding with the creation of child care spaces at that time would be \$175 million in 1989-1990. To date, the government has not announced further plans with regard to the creation of child care spaces.

The Sub-Committee believes that child care is a critical issue, particularly because of the incidence of dual-earner and single-parent families. In August 1991, for example, the labour force participation rate of female lone-parents with pre-school age children was 50.6%; the rate for such women with children younger than 16 years was 62.5%. Further, the Sub-Committee feels that the prevalence of dual-earner families has been instrumental in maintaining family living standards during these recessionary times. Increasingly, the number of earners in a household is an important distinguishing characteristic between poor and non-poor households.

Several witnesses supported the Sub-Committee's view. Professor Martin Dooley, of the Department of Economics at McMaster University, told the Sub-Committee that:

(F)or . . . married couples what has been the major avenues whereby they have been able to raise their income and pull themselves out of poverty are transfers and . . . greater market work on the part of the wife, as opposed to rising real wages on the part of any member of the family. . . . Rising productivity, real wages, have simply had relatively little to do with declines in poverty. Rather, it has been greater transfers and simply greater hours of work devoted to the market on the part of the family.¹⁰⁴

The Social Planning and Research Council of British Columbia commented that:

(T)he supposed increase in our well-being in Canada has occurred primarily because of two incomes in households rather than because of individuals' incomes going up.¹⁰⁵

It has been estimated that in 1970, wives contributed approximately 15% of the total income of families with husbands under 65 years of age, and about 21.5% where husbands were over age 65; by 1985, these proportions had risen to 25% and 29.3% respectively. On average, the contribution of wives in all husband-wife families had increased from 15.1% in 1970 to 25.3% in 1985.¹⁰⁶ Further, for wives working full-time, full-year, their average contribution to total family income rose from 37% in 1970 to 40% in 1985; the comparable figures for wives working part-time were 20% in 1970 and 25% in 1985.¹⁰⁷ Their contribution is significant. Over the 1970 to 1985 period, average family income increased by 30.4%. It has been estimated that, in the absence of the higher labour force participation of wives, average family income would have increased by 22.8%.¹⁰⁸ As well, in 1986 it was estimated that nearly 65% of families avoided poverty by dependence on a woman's financial contribution.¹⁰⁹

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 110.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 29.

¹⁰⁶ Abdul Rashid, "Women's Earnings and Family Incomes," *Perspectives on Labour and Income*, Statistics Canada, Catalogue 75-001, Summer 1991, p. 27, 36.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 33.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 35.

¹⁰⁹ Child Welfare League of America/Canada, p. 25.

It is not only the link between child care and the opportunity for both parents to work in order to maintain their standard of living that is important to the Sub-Committee. Also critical is the link between child care and the size of the Canadian labour force. As noted earlier, some witnesses suggested that women may remain at home due to the lack of child care. Many analysts have noted the declining birth rate and aging of the population, and slowed labour force growth. The Economic Council of Canada has suggested that "(a)s Canada's work force continues to grow more slowly, the contribution of older workers to the economy will become more critical."¹¹⁰ The Sub-Committee feels that another source of labour force growth is enhanced labour force participation by women, although their current high levels of participation mean that this source of growth is limited. Nevertheless, the Sub-Committee believes that the provision of adequate, affordable child care could prompt some women either to enter the labour market or to increase their market work. Such care is essential to the equal participation of women in the labour force. As shown in Table 18, in a comparison of two families, both with the same household income of \$49,390 and with two children, the first with a single earner and a stay-at-home parent and the second a dual-earner family with annual child care costs of \$6,000, the dual-earner family would have a net income, after taxes and transfers, of \$34,319, while the single-earner family would have a net income of \$36,042. More support must be given to families who incur child care costs.

The Sub-Committee is aware that child care is available in a variety of arrangements—licensed and unlicensed, centre- and home-based, during the day and before- and after-school. In 1990, there were more than 3 million children in need of alternate child care because their mother was in the labour force, up from 2.6 million in 1985 and 1.4 million in 1971; of these 3 million children, just over 43% were less than six years of age and almost 57% were between six and 12 years.¹¹¹

Most parents use informal, privately-arranged care rather than formal day care centres; in the absence of subsidization, the former type of care is thought to be relatively less expensive. For most families, the Child Care Expense Deduction is the only federal tax/transfer measure available to help defray child care costs. The National Child Care Survey found that sitter care is the type of non-parental care for the largest number of children; sitter care was defined to include care by a relative, neighbour, friend or other adult, and to include nannies and trained family day care providers operating licensed home day care facilities. In 1988, about 1,814,000 children under the age of 13, representing almost 68% of the total number of children in care in that year, were left in sitter care. This figure compares with 578,000 children in kindergarten or nursery school, 202,000 in a day care centre, and 83,000 in before- and/or after-school programs.¹¹²

In examining parental expenditures on care, the Survey concluded that sitter care is a relatively affordable option, with weekly expenses per child of less than \$50 for nearly 85% of the children in such care; care was free for 32%, 32% paid \$1 to \$25 weekly and 21% paid \$26 to \$50 per week. Less than 6% of children in sitter care cost their parents more than \$75 per week.¹¹³ Expenditures on sitter care were found to be related to family income. Lower-income families were much more likely to receive low-cost sitter care, with almost 50% of children in the \$1 to \$20,000 family income group and 39% of those in the \$20,001 to \$30,000 group cared for without charge; further, almost 24% of children from families whose incomes were greater than \$50,000 also

¹¹⁰ Economic Council of Canada, *Good Jobs, Bad Jobs: Employment in the Service Economy*, Ottawa, 1990, p. 23.

¹¹¹ Mary Anne Burke, Susan Crampton, Alison Jones and Katherine Kessner, "Caring for Children," *Canadian Social Trends*, Statistics Canada, Catalogue 11-008, Autumn 1991, p. 12.

¹¹² Susan Crampton, "Who's Looking After the Kids? Child Care Arrangements of Working Mothers," *Perspectives on Labour and Income*, Statistics Canada, Catalogue 75-001, Summer 1991, p. 70.

¹¹³ Susan Crampton, p. 71 and Mary Anne Burke, *et. al.*, p. 14.

received free sitter care. Higher-income families were more likely to pay rates at the upper end of the cost scale. The average out-of-pocket expenditure, per hour per child, was \$1.27 for those children whose mothers paid for sitter care.¹¹⁴

As noted earlier, the Survey found that in 1988 there were about 202,000 children cared for in day care centres, representing just over 7.5% of the total number of children in care in that year. The vast majority of such children were very young. The Survey concluded that the average hourly payment per child, for those parents being charged, was \$1.59.¹¹⁵ In 1988, 6% of children in day care cost their families more than \$100 per week, while 5% cost their families nothing at all, largely due to subsidization. Day care payments for about 50% of the remaining 89% of children were between \$1 and \$50 per week, and between \$51 and \$100 per week for the other 50%. As mentioned, subsidization is a key factor in limiting day care expenditures. Day care for 21% of children is subsidized, to some extent, by the government, with subsidization largely restricted to lower-income families. It was found that, in 1988, 31% of children from families in the \$1 to \$50,000 family income range received subsidies, with 49% of those from families with family income of no more than \$30,000 having some financial assistance; these figures were felt to be slightly underestimated.¹¹⁶

Finally, the Survey found that about 47% of children in day care were in privately-run centres in 1988, with a further 24% in facilities operated by community or day care agencies. In that year, more than 13% of children were in municipal government-sponsored programs and 11% participated in school- or church- operated facilities. Lower-income families made relatively greater use of centres operated by municipal governments or by a community or day care agency, rather than a privately-run centre.¹¹⁷

Finally, the Sub-Committee notes that child care costs are related to the age of the child. Care for children under 3 years is relatively high-cost and labour-intensive, and may cost up to 33% more than the cost for an older child.¹¹⁸

The Sub-Committee is convinced that adequate, affordable and accessible child care is an important measure in the prevention and alleviation of child poverty. Ensuring that families have access to flexible, affordable, high-quality child care would permit both parents in a two-parent family to engage in the labour market work that may be necessary to ensure both an income above the relevant Low Income Cut-Off and the labour force needed to safeguard Canada's competitiveness.

Given the Sub-Committee's view of the importance of child care as a poverty prevention measure and the urgent need expressed by many witnesses for a national child care system that is flexible, accessible, affordable and of a high quality, the Sub-Committee recommends that, as funds are identified:

A2 the Federal Government remove the 5% limit on the growth of Canada Assistance Plan funding for child care in those provinces not receiving fiscal equalization payments.

¹¹⁴ Susan Crampton, p. 71, and Mary Anne Burke, *et. al.*, p. 14, 15.

¹¹⁵ Susan Crampton, p. 73.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 73.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 74.

¹¹⁸ Mary Anne Burke *et al.*, p. 13.

- A3 the Federal Government provide funds representing 50% of the cost of an expanded program of geared-to-income, subsidized licensed child care.
- A4 a Federal/Provincial/Territorial Task Force be established to develop national standards for licensed child care. These standards should conform to levels advocated by experts in the field of child development and should be adequately monitored and enforced.
- A5 the Federal, Provincial and Territorial Governments establish a national child care system that is
 - a) universally accessible, regardless of income level, region, or work status;
 - b) comprehensive, providing a range of child care options to recognize the different needs of families, children and communities; and
 - c) high quality, meeting the standards advocated by child development experts.
- A6 businesses, through such measures as tax write-offs for operating costs, be encouraged to provide space, and capital renovation costs, for workplace child care for preschool children, with priority given to the children of employees. These incentives should be available in a maximum amount per space created, up to a ceiling.
- A7 places of worship recognized as a tax-exempt registered charity under the *Income Tax Act*, through capital renovation grants from the Federal, Provincial and Territorial Governments, be encouraged to provide space and assistance for licensed child care centres, particularly those serving infants and preschool children.
- A8 Provincial and Territorial Governments encourage Boards of Education to develop community-run, non-profit co-operative child care centres in schools. Boards of Education should be provided with a variety of incentives, including capital renovation funding, developmental grants, and the absorption of utility and maintenance costs within existing school budgets.
- A9 Provincial and Territorial Ministries of Education be encouraged to provide both junior and senior kindergarten.

In view of the urgent situation, the Sub-Committee feels that the federal government should implement immediately those recommendations that can be easily implemented, and that the remaining initiatives should be implemented as soon as possible, but in any case by the year 2000.

3. Intervention in the Schools and Community Support

Many witnesses stressed the problems encountered by poor children in school—poor concentration resulting from hunger, stigmatization due to wearing the “wrong” clothes or being left behind on class outings, and high drop-out rates. It was felt that the school outcome of many of these children could be improved through a variety of programs.

The importance for children of early and positive experiences with learning should be recognized. Some poor families do not provide an environment that is conducive to learning, language and motor development, and other forms of learning. The Ottawa-Carleton Headstart Association for Pre-Schools cited studies which have concluded that children who lack a well-developed language base by the time they reach kindergarten and grade one will be lagging behind their peers for the rest of their schooling. It also suggested that many of these poor children suffer from low-grade illnesses, primarily caused through poor nutrition. Such illnesses are compounded by a lack of outdoor play. As well, the Association noted that because of their illnesses the children receive many prescription drugs; in some instances, the result is addiction to these drugs by the time the child reaches age three or four. Finally, the Ottawa-Carleton Day Care Association indicated that infant and toddler programs are one area that needs to be targeted.¹¹⁹

Witnesses cited both Canadian and American studies which have shown that early and sustained interventions with children yield economic and social returns. It was suggested that parents should be involved in such initiatives, and that the focus of such programs should be child development, nutrition, education and parental support. One program often cited was the Perry Preschool Program in the United States. Professor Waller told the Sub-Committee that the program led to a 20% reduction in each of the illiteracy rate, the school drop-out rate, the arrest rate, and the numbers of people on welfare. He feels that almost the only way of influencing crime levels in communities is intervention in the early childhood and primary school years.¹²⁰ The Canadian Council on Children and Youth told the Sub-Committee that the Program resulted in a doubling of rates of employment and participation in college, and a 50% reduction in the rate of teenage pregnancy and the percentage of years spent in special education courses.¹²¹

As further evidence of the benefits of early intervention, the Canadian Council on Children and Youth told the Sub-Committee of studies which have concluded that \$1 invested in quality preschool programs can save \$4.75 through lowered special education, public assistance and crime costs. Finally, the Council indicated that an investment of \$500 for a year of compensatory education can save \$3,000 in the case of repeating a grade.¹²²

The Sub-Committee recognizes that such projects entail some costs. However, it is confident that, like measures designed to reduce the incidence of low birth weight, in the longer term the benefits of such programs exceed their cost.

Further, many witnesses indicated support for breakfast and lunch programs delivered in the school to alleviate the hunger experienced by some children. Many educators feel that the alleviation of hunger leads to enhanced learning. The delivery of such a program to all children is not stigmatizing, and therefore is preferable to one which targets only the children of poor families.

The Sub-Committee feels that the federal government's role is to provide child benefits and economic opportunities enabling families to adequately care for their children. Moreover, the Sub-Committee shares the view expressed by the Canadian Teachers' Federation, which stated that:

¹¹⁹ *Proceedings*, Issue 10, p. 5, 6, 8.

¹²⁰ *Proceedings*, Issue 13, p. 23, 26.

¹²¹ *Proceedings*, Issue 9, p. 57.

¹²² *Ibid.*, p. 58 and Submission to the Sub-Committee.

"... [while it] see(s) the value of using the school as a way of getting food to children (t)his does not mean (it) see(s) the school board or the school itself responsible for setting it up, delivering it, paying for it or politically managing such a project. ... (It does) have a mixed reaction to the suggestion of using schools to provide food to children and their families. ... (I)t perhaps begs the question of giving families the money to provide food for their own children."¹²³

Further, the Minister of National Health and Welfare indicated that a school food program would be a program that would come under provincial jurisdiction, since the provision of education and the delivery of social services into the community are the responsibility of the provinces.¹²⁴

The Sub-Committee commends the food banks across Canada, which are instrumental in improving the life situation of poor families and children. As pointed out to the Sub-Committee by the Canadian Association of Food Banks, "(t)here are more food bank outlets today in Canada than any restaurant or grocery supermarket chain in the country."¹²⁵ It is the Association's belief that the largest single social group at risk of needing assistance are children under the age of 18, and that food bank users would go hungry without the services provided by food banks. Further, the Sub-Committee commends corporate, private and other contributors to food banks for their generosity.

The Canadian Association of Food Banks spoke to the Sub-Committee about the origins of food banks. It said that:

every food bank opened up on a temporary basis, in most respects, except for the recovery of food and that was being channelled — 60% to 70% went to the battered women's shelters and so on. It was not going to [meet] emergency [needs]. . . . We want to replace the need for food banks . . .¹²⁶

The Association went on to note that:

I think you will not see food banks providing emergency services one minute longer than they are needed, . . . What you might see is an ecologically based thing that has been going on for ten years, where food will be put in the hands of social agencies to use in preventive ways. . . . You would probably have to get rid of the food bank name. Very few people have that aspiration. Most people just simply agree that it is silly to throw out that resource, because it is considerable and it is a social good in and of itself, even if it is not adequate for meeting peoples' food needs.¹²⁷

The Sub-Committee does not believe that food banks should become institutionalized. Rather, the Sub-Committee feels that their role should change from the alleviation of hunger to the recovery of surplus foods for redistribution, a change which would represent a return to their original role. The Sub-Committee believes that the federal government has a role to play in providing an economic, training and job creation environment that will provide families with sufficient income to enable them to feed their children.

The Sub-Committee believes that the eradication of child poverty will require the efforts of all levels of government, as well as the community. An emphasis on community and local government was suggested by several witnesses. The Conseil des affaires sociales du Québec told the Sub-Committee that:

if we want all our citizens to be active and help create wealth in this country and keep it among the richest nations in the OECD, we are going to have to take a different approach. What we are talking

¹²³ *Proceedings*, Issue 8, p. 11.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 30.

¹²⁵ *Proceedings*, Issue 11, p. 24.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 42.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 48.

about here is a new reform. We are going to have to invert the pyramid whereby the state provides, and have a system whereby benefits flow from locally elected officials.¹²⁸

Community involvement was also supported by the Focus-on-Future Schools Advisory Committee of the Ottawa Board of Education, which suggested to the Sub-Committee that:

funds be made directly available to community organizations linked to schools to provide breakfast programs to children in low-income communities.¹²⁹

Finally, co-operation between various levels of government and sectors was also seen as important. The Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais told the Sub-Committee that:

decisions must not be made by a single level of government but must involve the various sectors. . . . We require a more comprehensive policy involving the various areas of government activity. . . . We do not approach the issue by trying to determine what comes under the federal government and what comes under the provincial government. The effects are all pervasive.¹³⁰

Ms. Zanana Akande, the then Minister of Community and Social Services for Ontario, suggested that:

The federal and provincial governments must work together to address child poverty. Addressing child poverty will require a full partnership and co-operative efforts involving the federal and provincial governments.¹³¹

In speaking to the Sub-Committee about the Senate report entitled *Child Poverty and Adult Social Problems*, Senator Lorna Marsden noted the significant social, human and economic costs associated with child poverty, and the importance of ameliorating child poverty through programs at an early stage. She noted that:

(i) in the long run, the costs associated with adult social problems are likely to exact a much higher price in both human and economic terms than those costs associated with effective programs to reduce child poverty.¹³²

The Sub-Committee also recognizes the merits of primary prevention, early intervention and similar programs, and the efforts of food banks and other community supports. The Sub-Committee recommends that:

A10 the Federal, Provincial and Territorial Governments target funds for preschool nursery programs serving high-risk communities. These programs could be similar to the Perry Preschool Program or other models in which the educational and health status of children would be enhanced, and parental support and capability improved.

A11 the Federal Government urge Provincial and Territorial Governments, through Boards of Education and in conjunction with community volunteers, to promote nutritionally-balanced breakfast, lunch and snack programs in schools throughout Canada.

¹²⁸ *Proceedings*, Issue 10, p. 23.

¹²⁹ *Proceedings*, Issue 9, p. 148.

¹³⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹³¹ *Ibid.*, p. 79.

¹³² *Proceedings*, Issue 5, p. 5.

- A12** food banks return to their original role of food recovery agencies, and that these agencies be encouraged to focus on the redistribution of surplus foods to hostels, breakfast, lunch and snack programs within schools, and agencies serving the poor. Further, organizations interested in alleviating hunger and other organizations such as public health departments should be encouraged, where expertise exists and there are willing volunteers, to provide programs encouraging good nutrition, thrifty shopping, and co-operative shopping and cooking.
- A13** the Federal Government develop a national volunteer recognition program to recognize the role of the volunteer sector in providing community support to children. This program should incorporate an awards component for outstanding volunteers in each province and an information component for the dissemination of the key elements of effective programs. Further the Sub-Committee recommends that, in other appropriate volunteer programs, the contribution of volunteers in the social services sector be recognized.

The Sub-Committee believes that initiatives such as these should be funded through the Child Care Initiatives Fund.

4. Social Housing

The government's objective with respect to social housing is to assist households which are unable to obtain affordable, suitable and adequate shelter in the private market. This aid is delivered through joint federal-provincial agreements with regard to the funding of social housing programs.

In 1986, a re-orientation of social housing programs was undertaken, and assistance became targeted exclusively to those most in need. The provinces have been given the primary role for program delivery, in exchange for increased funding equivalent to at least 25% of the total cost, and for adherence to federal objectives for the housing of low-income Canadians. According to the *1990 Annual Report* of the Canada Mortgage and Housing Corporation (CMHC), the major programs include:

1. the Non-Profit Housing Program, which provides subsidized rental housing projects for needy households on a rent-to-income basis;
2. the Rent Supplement Program, which provides subsidy assistance for units owned by private landlords or co-operatives for social housing purposes, with rental reductions based on a rent-to-income scale;
3. the Urban Native Non-Profit Housing Program, through which subsidized rental housing is provided to needy Native households by assisting Native-sponsored non-profit housing organizations to operate rental housing projects;
4. the On-Reserve Non-Profit Housing Program, through which loans are made to Indians living on reserve to offset a portion of amortization and operating costs incurred for non-profit projects on reserves;
5. the Rural and Native Housing Program, whereby home ownership, lease-to-purchase and rental housing assistance are provided to rural and Native people in rural areas with populations under 2,500, with subsidies ultimately established on a payment-to-income scale;

6. the Residential Rehabilitation Assistance Program, through which loans are made to homeowners, Natives on reserve, and the disabled to aid in the repair of substandard housing and to assist in the modification of homes to suit the needs of the disabled;
7. the Emergency Repair Program, which provides rural households with assistance to make emergency repairs for the continued safe occupancy of their dwellings; and
8. Project Haven, a program that complements other government initiatives against family violence and provides funding for shelters for battered women and children.

The 1990 Budget indicated that funding for new commitments under CMHC social housing programs would be 15% less than planned. This initiative was reinforced in the 1991 Budget when it was announced that the reduction will be continued through to 1995-96. At that time, it was also announced that initiatives designed to improve the management of social housing, and produce further savings, would be introduced. These initiatives include financing social housing projects through bulk tenders, and amortizing the cost of capital improvements.

The then Minister of State (Housing), the Honourable Alan Redway, in his appearance before the Sub-Committee, indicated his belief that the poverty cycle can only be broken if the children living in poverty have decent shelter and a healthy environment in which to live. Nevertheless, he noted that almost 400,000 poor families with children remain in need of decent affordable housing, either because their current accommodations are overcrowded or are substandard, or because housing expenditures represent too significant a portion of their household income.¹³³ While housing is an important element in attempts to alleviate poverty, he noted that poverty is a product of many forces, and that education, skills training, counselling, social supports and opportunities will also be needed.¹³⁴

Mr. Redway noted that the government's efforts are targeted toward assisting those determined to be in core housing need. The approximately 1.3 million households in core need include lone- and two-parent families, unattached individuals, senior citizens, disabled persons and Aboriginal Canadians who spend in excess of 30% of their income on decent, affordable shelter.¹³⁵ In 1988, female-led lone-parent families represented 14.8% of those in core housing need, and surveys cited by Mr. Redway indicate that almost 25% of households in public housing is headed by a lone parent. Further, in the portfolio of social housing, 340,000 children under the age of 15, and an additional 190,000 youths between the ages of 15 and 24, are being assisted.¹³⁶ He also indicated that just over 10% of public housing projects are high-rise buildings, and that the government's emphasis is on smaller projects which are integrated into the community.¹³⁷

Currently, \$1.7 billion annually in government subsidies is used to help meet the shelter needs of low-income Canadians; public housing, non-profit and co-operative housing, and programs targeted to Aboriginal peoples represent a stock of more than 637,000 subsidized dwellings. The majority of annual expenditures is used to continue the subsidization of these existing dwellings which may subsidize shelter costs to as low as 25% of their income; this cost increases every year. Moneys in excess of those required to assist those in the existing housing stock is used to: build

¹³³ *Proceedings*, Issue 3, p. 4.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 8.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 15.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 5.

¹³⁷ *Ibid.*

and subsidize new housing units; provide rent supplement programs where the government buys into existing dwellings to subsidize apartments; and, provide repair assistance on homes under the Residential Rehabilitation Assistance Program, and also under all of the Native housing programs. Between 1986 and 1989, the government assisted more than 200,000 additional core-need households through programs to upgrade substandard dwellings, provide rent-geared-to-income assistance, and create new social housing units. Mr. Redway indicated that while the budget cuts will not affect the moneys for the subsidization of existing dwellings, there will be limitations in terms of new housing units, rent supplements, and residential rehabilitation. Mr. Robert Lajoie, of the Canada Mortgage and Housing Corporation, indicated that approximately 36,000 new families would be assisted in 1990.¹³⁸

Mr. Redway made particular mention of the housing problems of Aboriginal Canadians, noting that the government is addressing their needs through programs delivered on reserve, in urban areas, in rural and remote areas, and through the provision of emergency repair assistance. It was noted that since 1986, the federal government has provided assistance to almost 23,000 households under these programs, including about 8,200 dwellings under the Rural and Native Housing Program, of which 50% are targeted to Natives.¹³⁹ Nevertheless, the Assembly of First Nations told the Sub-Committee of the housing needs of the Indian community when it stated:

In 1990 [the Assembly of First Nations] estimated that in order to provide for the housing needs in the Indian community, government would have to set aside \$333 million in that year if it wanted to make sure each family had a home. We have 20,000 units of housing shortfall at the present time, and if government does not increase the housing contribution to the Indian communities, at least 46,000 housing units will be behind in terms of construction in our communities by the year 2000.¹⁴⁰

The Assembly also said that:

(h)opefully, at some point in time, we will have running water and sewer systems in most Indian homes.¹⁴¹

Despite Canada's social housing policy, many needy Canadians are paying in excess of 30% of their income on shelter. Among those who have shelter, the Sub-Committee learned that some housing is of low quality. The Sub-Committee also received testimony regarding the merits of co-operative housing. A representative from End Legislated Poverty told the Sub-Committee:

I got into a housing co-op . . . and that was a big step for me. It gave me a lot more leeway with my budget. Before that we were paying 60% or 70% or more of what was coming in for rent.¹⁴²

As noted earlier, Dr. Maloney spoke to the Sub-Committee about public housing being a risk factor.¹⁴³ The Children's Aid Society of Ottawa-Carleton also identified living in "ghettoized," low-income housing as one of the primary risk factors associated with children and families coming into contact with social services and health agencies.¹⁴⁴ As noted in the *Ontario Child Health Study*, children living in subsidized housing have higher rates of psychiatric disorders, with 30.4% of such

¹³⁸ *Ibid.*, p. 5, 7, 10, 16.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 7.

¹⁴⁰ *Proceedings*, Issue 11, p. 20.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Proceedings*, Issue 9, p. 76.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 94.

¹⁴⁴ *Proceedings*, Issue 13, p. 34.

children affected, a figure which is more than twice the 14.2% rate of such disorders in non-subsidized housing. The Study also indicated that more than 40% of older children living in such housing perform poorly in school, and that more than one-third of young children living in subsidized housing are perceived as needing professional help for emotional and behavioural problems.¹⁴⁵

The Sub-Committee shares the views of witnesses regarding the importance of high-quality and secure shelter in child development, and recommends that:

- A14** the Federal Government continue its policy of targeting its social housing moneys to those in core need, but that it pay particular attention to the housing needs of Aboriginal Canadians.
- A15** the Federal, Provincial and Territorial Governments ensure that subsidized housing is integrated into the community, and that adequate recreational and support services are available. Further, it is urged that existing public housing developments be upgraded, in co-operation with tenants, to ensure a secure, healthy, high-quality and crime-free environment, and that all new developments be of a high quality.
- A16** the Federal, Provincial and Territorial Governments encourage the development of co-operative housing ventures.
- A17** the Canada Mortgage and Housing Corporation organize and jointly sponsor Provincial/Territorial conferences on social housing issues and options.
- A18** the Canada Mortgage and Housing Corporation establish Advisory Committees, co-ordinated through regional and provincial offices, to provide ongoing information transfer and consultation between government agencies, the private and non-profit housing and service sectors and those who reside in social housing.
- A19** as funds become available, the Federal Government take action to eliminate the waiting lists for subsidized housing and to create co-operative housing units.

The Sub-Committee considers the provision of adequate, affordable, high-quality housing for all Canadians in core need to be a priority.

B. INCOME ADEQUACY AND EMPLOYMENT CREATION

Canadians receive income in a variety of ways—through the social assistance system, through market work, and through the federal tax and transfer system, among others. Many witnesses suggested to the Sub-Committee that income from these various sources is inadequate for some Canadians.

The Sub-Committee too feels that there are certain problems with the social assistance system as it is currently structured, that more education and training is needed to ensure our international competitiveness and thus job opportunities for all Canadians, and that existing family-benefit moneys could be delivered in a more effective manner.

¹⁴⁵ Dr. Dan Offord, et al., *Ontario Child Health Study: Children at Risk*, Queen's Printer, Toronto, 1990, p. 1, 12.

1. The Social Assistance System

As noted earlier, social assistance rates vary greatly across Canada, with no national standard, and many witnesses told the Sub-Committee that these rates are too low. Recall, for example, the testimony received from Equal Justice for All, which indicated that in Saskatchewan a family of eight receives, per person per day, \$2.08 for shelter, \$0.25 for utilities and \$4.13 for all other needs,¹⁴⁶ and from the Nova Scotia Nutrition Council regarding the 63% of the nutritional needs of children which would be met based on that province's social assistance food rates.¹⁴⁷ Although not directed specifically to the situation of families on social assistance, Family Service Canada told the Sub-Committee that:

(T)he [poor] family is faced with constant decisions. Do we go to the medical clinic or do we not, because that requires a bus fare? Do I keep my child at home this week because he is going on a school outing and it requires \$3 to pay for a small snack at the museum? Do I keep my child at home when there are other outings and activities because there is a \$2 requirement for juice and other nutritious kinds of snacks?¹⁴⁸

Equal Justice for All told the Sub-Committee of situations where the rights of social assistance recipients have allegedly been violated. It shared the following story with the Sub-Committee:

(A)n individual . . . came to [Equal Justice for All] for help. He was forced into a work activity project. The man was a nursing assistant and he was a pianist. When he objected to being forced to (do) construction work while he sought his own employment, he was cut off assistance for three months. He became extremely depressed and we believe suicidal.¹⁴⁹

While the Canada Assistance Plan requires an appeals procedure in order that social assistance recipients can appeal the decisions made with respect to their case, it is not clear to the Sub-Committee that these appeals procedures are serving the purpose for which they were envisioned.

Further, Equal Justice for All told the Sub-Committee that in Saskatchewan:

[one] thing that is very punitive is that the federal (F)amily (A)llowance is deducted from people on welfare, so people on welfare in Saskatchewan do not even get that transfer payment.¹⁵⁰

The Sub-Committee recommends that:

- B1** a Federal/Provincial/Territorial Task Force be established to develop Provincial/Territorial standards for basic social assistance and supplementary benefits that would ensure that the basic needs of adults and children are met.
- B2** in order to ensure that families have adequate discretionary income to provide for the educational, recreational and cultural needs of their children, the value of federal child-related benefits not be deducted from social assistance income.

¹⁴⁶ *Proceedings*, Issue 13, p. 90.

¹⁴⁷ *Proceedings*, Issue 10, p. 79.

¹⁴⁸ *Proceedings*, Issue 13, p. 77.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 96.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 90.

- B3** the Federal Government enter into negotiations with the Provincial/Territorial Governments to ensure a social assistance scheme that will ensure that basic needs are met and that will not reduce social assistance income by the amount of any federal child-related benefits.
- B4** the Federal Government ensure that all Provincial and Territorial Governments fulfill the requirements of the Canada Assistance Plan with respect to the appeals procedure, and that the Minister of National Health and Welfare consider legislation that would provide a more effective appeals procedure and an enforcement mechanism.

2. The Minimum Wage

In his appearance before the Sub-Committee, Mr. Beatty indicated that, at the federal level, about 1.5% of Canadians fall into the category of being at the federal minimum wage level. Based on an estimate of 930,000 employees subject to labour standards in the federal jurisdiction, provided by a Labour Canada official, and Mr. Beatty's 1.5% estimate, there would be approximately 13,950 employees earning the federal minimum wage. He also noted that one of the problems associated with simply raising the minimum wage is that businesses may become uncompetitive in Canada and that, as a consequence, they may close their Canadian operations and relocate in some other country where there is a lower wage rate. The result of such action might be that the weakest and most vulnerable Canadians who are being paid low wages might be the ones that would lose their jobs.¹⁵¹ Among the witnesses, the Children's Aid Society of Metropolitan Toronto was one of the few who acknowledged that a high minimum wage could result in some economic downsizing.¹⁵²

Having a job is no guarantee that one will not be poor. The Sub-Committee recalls the testimony of such groups as the Coalition for Equality, which told the Sub-Committee that some minimum wages are at a level that, even with full-year, full-time work, would leave an individual worse off than if he or she were to receive social assistance.¹⁵³ As noted earlier by a poor mother from British Columbia, some benefits which are received by social assistance recipients are lost once they engage in market work, and there are work-related expenses which must be met.¹⁵⁴ Ms. Bradshaw told the Sub-Committee that:

[the working poor] are really trying, but there is nothing in the system for them. . . . I think it is unfortunate that in this country if you are a child abuser, an abuser of drugs, an abuser of alcohol the system seems to be there for you, but it is not there for the ones who are trying to help themselves.¹⁵⁵

The Social Planning Council of Edmonton indicated its belief that:

minimum wage legislation should be co-ordinated with other child-related benefits. If social assistance programs are retained . . . disincentives to entering the labour force must be removed through a comprehensive package of transitional benefits . . . [which] would include health care, child care, and so on.¹⁵⁶

¹⁵¹ *Proceedings*, Issue 8, p. 25, 26.

¹⁵² *Proceedings*, Issue 10, p. 36.

¹⁵³ *Proceedings*, Issue 13, p. 49, 50.

¹⁵⁴ *Proceedings*, Issue 9, p. 65.

¹⁵⁵ *Proceedings*, Issue 10, p. 54.

¹⁵⁶ *Proceedings*, Issue 13, p. 63.

The Sub-Committee recognizes that the federal minimum wage rate, at \$4.00 per hour, is the lowest in Canada, as shown in Table 19. At that wage rate, a person working 40 hours per week, for 52 weeks per year, would earn an income less than the Low Income Cut-Off for a one-person household anywhere in Canada, and on the basis of either the 1978-based or the 1986-based LICOs.

The Sub-Committee recommends that:

- B5** the Minister of Labour undertake a study of the financial impact of raising the federal minimum wage rate to a level which would ensure that the annual income earned by an individual working full-time, full-year would equal the Statistics Canada Low Income Cut-Off for a single person residing in the largest urban area.
- B6** a Federal/Provincial/Territorial Task Force be established to study the feasibility of a Guaranteed Earned Income Supplement that would ensure that the income received from employment would be greater than that received by employable social assistance recipients. Further incentives to engage in market work should be provided through the extension of select social assistance benefits, including free prescription drugs, eyeglasses, dental care, etc., to those engaging in market work but earning an income below the relevant Low Income Cut-Off. These benefits should be available until earned income from labour market activity reaches the relevant cut-off.

3. Employment Creation and Job Training

In his appearance before the Sub-Committee, Mr. Beatty indicated that “(t)he government’s approach has been to recognize the need for a healthy, well-managed economy that will provide opportunities for families to support themselves, as well as new programs which provide for people in need.”¹⁵⁷ He indicated that the government has worked to develop a climate in which job creation can prosper, and that Canadians have benefitted from new programs which will better prepare them for participation in the labour force. Further, he indicated that although the goal is certainly to achieve full employment, the issue is how best to achieve that—whether through government spending on make-work programs, which are essentially temporary in nature, or whether through a broader approach, which is to ensure an economic climate in which the economy can flourish and in which Canadians themselves can create jobs.¹⁵⁸

The Sub-Committee supports the government’s efforts toward the attainment of lower rates of unemployment. As shown in Chart 9, the relationship between the unemployment rate and the poverty rate is clear; efforts to reduce the rate of unemployment must continue. The Sub-Committee is particularly concerned about the potential impact of the current recession and levels of unemployment on the rate of poverty among families and children.

The Sub-Committee believes that one of the fundamental challenges facing Canada in the 1990s and beyond is competitiveness—the ability to compete effectively in the global marketplace. The Sub-Committee agrees with the definition of competitiveness reached by business and labour leaders at a consultative forum on competitiveness sponsored by the Public Policy Forum in

¹⁵⁷ *Proceedings*, Issue 8, p. 21, 24.

¹⁵⁸ *Ibid.*

Vancouver in June 1991. They defined competitiveness as "creating an economy and a society able to sell goods and services in the world market in such a way that business makes a profit, pays fair wages, provides secure jobs and good working conditions, and respects the environment." It is the ability to compete internationally that will ensure employment security and a rising standard of living for all Canadians. In order to compete, Canada must increase the skills of its work force and enhance its productivity. Canadians must add more value to what is produced, both to the raw materials and through the industries that serve the resource and goods sectors.

Recently, Canada's competitiveness has been eroded. Between 1981 and 1988, unit labour cost growth in Canadian manufacturing exceeded that in the United States, due to larger unit labour cost increases that were only partly offset by depreciation of the Canadian dollar. Over the period, the cost competitiveness of Canadian manufacturing also deteriorated against the United Kingdom, although it remained virtually unchanged against France and improved against Japan, West Germany and Italy. Further, over the period, output per hour in Canadian manufacturing increased by 2.3% per year, the lowest rate of increase among the seven major OECD countries.¹⁵⁹

It is not only with regard to competitiveness that Canada appears to be lagging. In 1985, among the seven major OECD countries, Canada had the second lowest ratio of research and development expenditures to GDP, second only to Italy. Canada's performance also lagged that of Switzerland, the Netherlands, Norway and Finland.¹⁶⁰

What is needed is a national commitment to competitiveness, with human resource development, modern technology and infrastructure, and research and development. Canadian workers must engage in ongoing education and training, not only in basic literacy and numeracy skills which can be transferred from job to job, but also in specialized skills. Workers who lack basic skills cannot function effectively in the workplace and adjust to its changes and the introduction of new technology. While the average level of formal education attainment of the Canadian labour force has risen over time, many unskilled jobs have been eliminated by technological change, and new employment opportunities are concentrated in more highly-skilled occupations. Employment and Immigration Canada has estimated that 64% of all jobs created between 1986 and the year 2000 will require more than 12 years of education and training, and that nearly 50% will require more than 17 years.¹⁶¹

Education and training are widely recognized as critical to Canada's competitiveness, but the question is: who should finance such initiatives? the employer? the employee? the government? The Economic Council of Canada has suggested that, to the greatest extent possible, human resource development and labour adjustment should be achieved through the actions of employers, unions and employees, responding to market forces. The Council feels that the government has a role to play in ensuring that public policies work with market forces to strengthen the commitment to human resources and the economic security of Canadian workers. It believes that our human resource development strategy must include both a broadly-based education system for the development of literacy and numeracy skills and an industry-based training system for the development of specific vocational skills. The Council has noted that 72% of Canadian

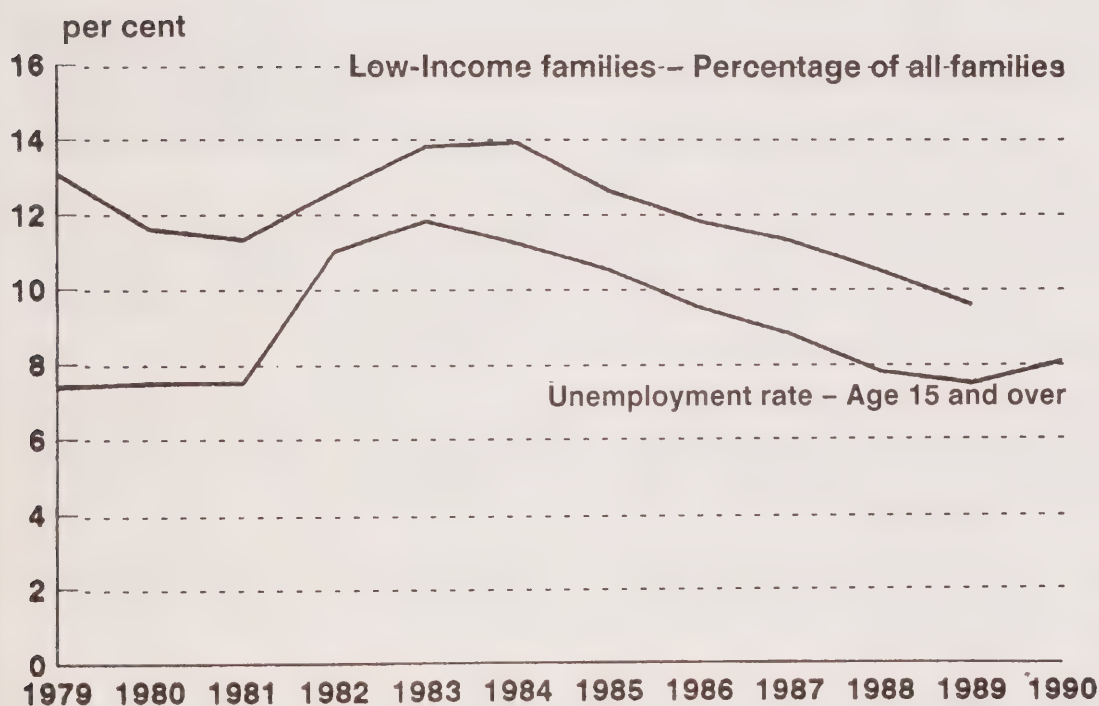
¹⁵⁹ Dr. Andrew Sharpe, "Measuring Canada's International Competitiveness," *Perspectives on Labour and Income*, Statistics Canada, Catalogue 75-001, Summer 1990, p. 9, 10, 16. The seven major OECD countries include: Canada, the United States, West Germany, Japan, the United Kingdom, France and Italy.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 13, 14.

¹⁶¹ Dr. Andrew Sharpe, "Training the Work Force: A Challenge Facing Canada in the '90s," *Perspectives on Labour and Income*, Statistics Canada, Catalogue 75-001, Winter 1990, p. 21, 22.

17-year-olds participate in a formal education or training program, compared with 87% of Americans and 94% of Japanese.¹⁶² Further, according to some international standards, the quality of our "high-skill" work force is "mediocre." The Council has noted that, according to the 1989 World Competitiveness Scoreboard, Canada ranked in the middle group in terms of managerial talent, research and development personnel and skilled labour.¹⁶³

CHART 9
UNEMPLOYMENT RATES AND LOW-INCOME RATES
CANADA, 1979-1990



Source: Statistics Canada.

Rapidly changing technology will require employees to upgrade existing skills and learn new skills on an ongoing basis. Canadians must realize that, as global competition continues, such high-cost countries as Canada will have to rely increasingly on the excellence of their work force to provide a comparative advantage in the marketplace.

Human resource development, like the eradication of child poverty, is an investment in our future. As slowed labour force growth continues, all labour force participants must be highly-skilled and capable of adapting to fundamental changes in the Canadian economy prompted by technology and the internationalization of business activity.

¹⁶² Economic Council of Canada, p. 19, 20.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 20.

The Sub-Committee also recognizes that in the 1980s, virtually all net jobs created were in the service sector; by 1988, 71% of all workers were employed in the service sector. This growth in employment has been characterized by the creation of either highly-skilled jobs which are well-compensated and secure, or are unstable and relatively poorly paid, with low skill requirements and few opportunities for advancement. If Canadian families are to prosper, it is the secure and well-compensated jobs on which employment creation efforts must focus. The Sub-Committee notes that these jobs will require highly-skilled workers, and believes that an increased emphasis on basic education, and occupational training programs, will yield workers with the necessary level and type of skills required.

Recognizing the importance of employment income for a family's financial security, and training efforts to ensure that Canadians have the skills needed to compete globally, the Sub-Committee recommends that:

- B7 the Federal Government change the name of the Unemployment Insurance program to the Employment Insurance program and continue such policy initiatives as the re-allocation of Unemployment Insurance funds to mobility assistance, the purchase of training courses and business start-up funds for Unemployment Insurance recipients.**
- B8 the Federal, Provincial and Territorial Governments continue to work together with employers, unions and employees to develop high-quality occupational training and apprenticeship programs designed to improve productivity and adaptability to new technology.**
- B9 the Federal Government continue its employment creation efforts through actions that ensure an economic climate in which job creation occurs and through the securing of a favourable trade position in the international marketplace.**
- B10 the Federal Government focus its efforts on initiatives to create secure jobs with opportunities for promotion and good compensation, and accessible to Canada's poor.**

It is the Sub-Committee's belief that enhanced competitiveness will lead to increased employment opportunities. In conjunction with education and training efforts, these opportunities should enable some Canadians to leave social assistance. Such a change could be advantageous for a variety of reasons. For example, the school performance of children could improve. The *Ontario Child Health Study* found that girls whose families were on social assistance had 3.9 times the rate of poor school performance relative to that of girls not on social assistance; the comparable rate for boys was 1.4 times.¹⁶⁴ Further, among children in families on social assistance, the prevalence of psychiatric disorder, at 31.2%, was more than twice the 13.8% rate for families not on social assistance, although the Study did note that 68.8% of children in families on social assistance were free of psychiatric disorder.¹⁶⁵ However, much of the strength of the relationship between psychiatric disorder and social assistance is accounted for by family dysfunction and, in particular, low income.¹⁶⁶

¹⁶⁴ Dr. Dan Offord, *et al.*, p. 1.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ *Ibid.*

Enhanced competitiveness, and its associated employment opportunities, should benefit Canada generally and enable families receiving social assistance and "working poor" families to leave poverty and achieve a higher standard of living. The Sub-Committee believes that full-time, well-paid employment opportunities are critical in the alleviation of child poverty.

1. The Tax and Transfer System

The Sub-Committee is of the opinion that poverty among Canada's children is unacceptable and must end. The Sub-Committee also feels that the federal government, through the tax and transfer system, must give greater recognition to the importance of our children. While all Canadian children are important and deserve recognition, the Sub-Committee feels that the situation of poor children, in particular, must be addressed. To this end, the Sub-Committee feels that some changes must be made to the tax and transfer system which supports families. The Sub-Committee feels that improving the situation of poor children should be the responsibility of all income earners, and that there should be a clear tax preference for families raising children, who perform a valuable service for all society.

First, the Sub-Committee feels that the non-refundable personal, married and equivalent-to-married tax credits, being of different values, do not treat everyone in an equitable manner. The Sub-Committee believes that, on the basis of equity, these credits should have an identical value.

Second, the Sub-Committee received much testimony regarding the Family Allowance benefit, in particular the partial de-indexation of its value in 1986 and the more recent social benefit reduction tax, or "clawback," for higher-income individuals. It has been estimated that under a fully-indexed system, since 1986 the Family Allowance benefit would have totalled approximately \$38.58 per child per month, rather than the 1991 value of \$33.93. Further, it has been estimated that by 1995, ten years of inflation will have reduced the Family Allowance benefit to \$35.65, compared to the monthly rate of \$47.75 per child had full indexation of the benefit remained.

This policy of partial de-indexation is also important with regard to the Family Allowance reduction threshold, which will fall steadily over time, affecting increasing number of families at lower and lower income levels. It has been predicted that by 1995 the threshold will have fallen to an estimated \$41,886 in constant 1990 dollars. The Sub-Committee recognizes the erosion in the value of the benefit over time and the manner in which the falling value of the threshold will affect increasing numbers of Canadian households. The Sub-Committee feels that while the Family Allowance benefit cheque is mailed to all eligible families, the treatment of the benefit as taxable income and the implementation of the social benefit reduction tax necessarily mean that the benefit is not, in fact, universal. The Sub-Committee believes that it would be preferable to deliver these moneys through an alternative measure, such as the refundable Child Tax Credit. The Sub-Committee recognizes that the Family Allowance program is redistributive, delivering greater benefits per child to poorer families, but feels that the moneys should be more highly targetted and suggests that an enhancement of the refundable Child Tax Credit is an appropriate mechanism.

Third, several witnesses expressed dissatisfaction with the Child Care Expense Deduction which, as noted earlier, is the only assistance available to most families in defraying child care costs. They feel that the Deduction is a regressive measure giving the greatest tax savings to high-income tax filers, and that it should be replaced with a more progressive measure, such as a tax credit.

The Sub-Committee recommends that:

- B11** the Federal Government, in conjunction with the Provincial and Territorial Governments, develop a program by the year 2000 which would:
- a) recognize adult Canadians equally through personal, married and equivalent-to-married non-refundable tax credits which would have an identical value of \$5,500 (1991); increase the value of the age credit by the amount of the decrease in the personal tax credit; and, re-allocate all tax revenues generated through these changes to increase the value of the refundable Child Tax Credit;
 - b) increase the value of the refundable Child Tax Credit through the re-allocation of existing Family Allowance funds to this credit;
 - c) increase the value of the refundable Child Tax Credit through the removal of the supplement for young children under the credit and the re-allocation of the tax revenues generated by this measure to the credit;
 - d) increase the value of the refundable Child Tax Credit through the removal of the non-refundable Child Tax Credit and the re-allocation of the tax revenues generated by this measure to the credit.
 - e) the Sub-Committee forwards three simulations (Table 20) for the consideration of the Minister of National Health and Welfare;
 - f) convert the existing Child Care Expense Deduction to a refundable Child Care Expense Tax Credit, for families not in receipt of subsidized child care, of 50% of child care expenses, to a maximum of \$3,000 for children aged up to 7 years or of any age if infirm, and \$1,500 for children aged 7 to 14 years; families with a net income less than or equal to the income threshold for the refundable Child Tax Credit and the Goods and Services Tax Credit would receive the full value of the credit, while those families with net income in excess of the threshold would have the credit's value reduced by \$0.10 for every \$1.00 of net family income above this threshold. A system for advance payment of the credit should be established.
- B12** the enhanced refundable Child Tax Credit be delivered monthly, at mid-month, and universally, as is currently the case with the Family Allowance benefit. A system for advance payment of the credit should be established. Refundable Child Tax Credit benefits could be recovered from higher-income individuals in a manner similar to the current social benefit reduction tax.
- B13** the value of the enhanced refundable Child Tax Credit be increased annually in accordance with the rate of increase in average family income.

The Sub-Committee notes that these proposed changes would result in greater tax revenues for the provincial/territorial governments as some Canadian households would have their tax burden increased. The Sub-Committee believes that the federal government should meet with the provincial/territorial governments to negotiate a means of returning the additional provincial/territorial tax revenues to Canadian families.

The Sub-Committee believes that this enhanced child benefit, in conjunction with enhanced employment opportunities and the other initiatives that the Sub-Committee has recommended, will ensure that Canadian children do not live in poverty.

C. ABORIGINAL CANADIANS

The Assembly of First Nations indicated to the Sub-Committee that it would like to be recognized as warranting special attention, given the special nature of the social and economic needs that must be addressed if Aboriginal Canadians are to be less dependent on government. The Assembly would prefer to provide employment and economic development opportunities to Aboriginal communities, on or off reserve; it sees the solution to Aboriginal poverty not as more social assistance, but instead as direct measures that provide employment opportunities, education and training opportunities, and a stronger traditional economy. Such initiatives, while not totally eliminating the need for social assistance, would certainly reduce it to a significant extent. What is needed is the promotion of self-reliance.¹⁶⁷

Although the focus of the Sub-Committee's study was directed to the more general phenomenon of child poverty in Canadian society, the Sub-Committee was struck by the harshness of conditions on reserves, in Aboriginal communities and in our cities. The Sub-Committee encourages the federal government to enhance its efforts to deal with these problems on several fronts.

The Sub-Committee recognizes the housing, educational, health and employment deficits being experienced by Aboriginal Canadians, and recommends that:

- C1 the Federal Government recognize that political self-government is of primary importance for eradicating child poverty among Aboriginal children, and that it consider negotiating appropriate financial and other arrangements with the Aboriginal communities.**

D. A COMPREHENSIVE PLAN OF ACTION

The Sub-Committee believes that what it has recommended is a comprehensive plan of action that will lead to the eradication of child poverty by the year 2000. It involves both service and income measures, and initiatives that are both short-term and long-term in nature. As well, it involves, as plan participants, the various levels of government, community and church groups, business, unions, and individuals themselves. To the greatest extent possible, families and children should be involved in the development of programs and services.

Implementation of the plan will require co-ordination, and the Sub-Committee believes that the Children's Bureau within Health and Welfare Canada is the appropriate co-ordinating agency, given the Bureau's mandate.

The Sub-Committee recommends that:

- D1 the Children's Bureau within Health and Welfare Canada be responsible for the co-ordination and implementation of the Sub-Committee's plan of action for the eradication of child poverty by the year 2000.**

¹⁶⁷ *Proceedings*, Issue 11, p. 7, 14, 19, 23.

- D2** the Minister of Health and Welfare, on behalf of the Children's Bureau within Health and Welfare Canada, be required to table in both Houses of Parliament an annual report on progress made toward the elimination of child poverty. This report should examine and assess child programs and services to ensure that they are effective, economical and continuing to meet their intended objectives.
- D3** the Children's Bureau within Health and Welfare Canada prepare a "Charter for Children" as a means of ensuring that all Canadian children have the opportunity to develop and realize their fullest potential. This "Charter for Children" should follow the United Nations Convention on the Rights of the Child.

Children are our future and Canadians must be prepared to commit immediately the time and other resources necessary to ensure that all children have the opportunity to develop fully their potential and to have productive and fulfilling lives. Children and youth must be our first priority, for the sake of children and of all Canadians. The children of today are the adults of tomorrow, and are our most valuable resource. Canadians must undertake the necessary investment. Echoing the sentiment of many witnesses, Professor Waller told the Sub-Committee that:

if you do not invest in children now, you are going to increase the deficit substantially in the future, because not only are you going to have these immediate effects of what you have to do to pay for people who are illiterate, who drop out of school or who are on welfare, but you are also going to have the ripple effects.¹⁶⁸

In its appearance before the Sub-Committee, the Dalhousie Health and Community Services Centre of Ottawa asked the following question: "Is there the political will to make [addressing child poverty] happen? I think that is the issue of the day."¹⁶⁹ The Sub-Committee's response is, without doubt, "yes." Our children are our future. The time for action is now.

¹⁶⁸ *Proceedings*, Issue 13, p. 23.

¹⁶⁹ *Proceedings*, Issue 10, p. 48.

TABLE 1
STATISTICS CANADA LOW INCOME CUT-OFFS, 1989

Size of family unit	Size of area of residence				
	Urban areas				Rural areas
	500,000 and over	100,000–499,999	30,000–99,999	Less than 30,000 ^a	
	dollars				
	1978 base				
1 person	12,148	11,537	10,823	10,006	8,983
2 persons	16,027	15,212	14,193	13,168	11,741
3 persons	21,440	20,317	18,988	17,663	15,722
4 persons	24,706	23,481	21,950	20,418	18,175
5 persons	28,790	27,260	25,421	23,685	21,135
6 persons	31,444	29,709	27,770	25,829	23,073
7 or more persons	34,610	32,772	30,628	28,483	25,421
	1986 base				
1 person	13,511	11,867	11,593	10,568	9,198
2 persons	18,314	16,087	15,715	14,325	12,469
3 persons	23,279	20,446	19,974	18,208	15,849
4 persons	26,803	23,540	22,997	20,964	18,247
5 persons	29,284	25,720	25,126	22,905	19,936
6 persons	31,787	27,917	27,273	24,862	21,640
7 or more persons	34,188	30,028	29,335	26,742	23,275

^a Includes cities with a population between 15,000 and 30,000 and small urban areas (under 15,000).

Source : Statistics Canada, *Income Distributions by Size in Canada 1989*, Catalogue, 13-207 Annual.

TABLE 2
MEASURES OF "POVERTY" — 1989

Household Size	CCSD Lines of Income Equality	Senate Committee Poverty Lines
1 person	\$11,828	\$11,900
2 persons	\$19,712	\$19,830
3 persons	\$23,655	\$23,790
4 persons	\$27,597	\$27,760
5 persons	\$31,549	\$31,730
6 persons	\$35,483	\$35,690
7 persons	\$39,426	\$40,050

Type of Household	Metropolitan Toronto Social Planning Council Budget Guides	Montreal Diet Dispensary Budget Guidelines for Basic Needs
Single employable	\$16,398	\$7,836
Mother, two children	\$21,694	\$12,704
Couple, two children	\$30,204	\$15,891

Source : Ross, D. and R. Shillington, *The Canadian Fact Book on Poverty 1989*, Canadian Council on Social Development, 1989, p. 9, 12 and The Office of Senator D. Croll, The Senate.

TABLE 3

**UNEMPLOYMENT RATE AND CHILD POVERTY TRENDS,
ALL CHILDREN UNDER 16, 1980-1989**

YEAR	NUMBER POOR	POVERTY RATE	UNEMPLOYMENT RATE
1980	851,000	14.8%	7.5%
1981	885,000	15.6	7.5
1982	1,037,000	18.3	11.0
1983	1,090,000	19.2	11.8
1984	1,134,000	20.1	11.2
1985	1,047,000	18.6	10.5
1986	954,000	17.0	9.5
1987	955,000	16.9	8.8
1988	875,000	15.4	7.8
1989	837,000	12.2	7.5

Note: Figures were calculated using 1978-based LICOs; using the 1986-based LICOs, the figures for 1986 through 1989, as presented by the National Council of Welfare in its brief to the Sub-Committee on April 1990, p. 45, and in unpublished data, would be:

1986	983,000	17.5%
1987	975,000	17.3
1988	913,000	16.1
1989	863,000	15.0

Source : Statistics Canada, *Income Distributions by Size in Canada*, Catalogue 13-207 Annual and Statistics Canada, *The Labour Force*, Catalogue 71-001 Monthly.

TABLE 4
CHILD POVERTY BY PROVINCE, ALL FAMILIES, 1989

	CHILDREN UNDER 16		
	number poor	number all	poverty rate
Nfld	26,000	144,000	17.9%
PEI	4,000	31,000	13.9
NS	31,000	189,000	16.3
NB	27,000	* 163,000	16.7
Que	236,000	1,409,600	16.5
Ont	236,000	2,039,700	11.4
Man	53,000	235,000	22.5
Sask	50,000	241,900	20.7
Alta	106,000	587,600	17.7
BC	97,000	634,000	14.4
Canada	863,000	5,670,800	15.0

Note: Figures were calculated using 1986-based LICOs.

Source : "Fighting Child Poverty", Submission to the Sub-Committee by the National Council of Welfare, April 1990, p. 42 and unpublished data.

TABLE 5

1985 INCOME STATISTICS BY FEDERAL ELECTORAL DISTRICT (1987 REPRESENTATION)

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Laurier – Sainte-Marie	36.6	1	34,565	21,477	294
Winnipeg North Centre (Nord-Centre)	36.0	2	32,470	20,749	295
Saint-Denis	33.3	3	34,715	21,938	292
Vancouver East (Est)	31.9	4	37,890	22,464	290
Papineau – Saint-Michel	30.1	5	29,895	23,278	288
Langelier	29.2	6	32,255	24,415	285
Hochelaga – Maisonneuve	28.3	7	27,515	23,386	287
Verdun – Saint-Paul	27.8	8	27,475	25,941	273
Rosemont	27.6	9	31,610	21,849	293
Burin – St. George's (Saint-George)	26.8	10	23,315	24,905	283
Bonavista – Trinity – Conception	25.5	11	24,615	22,865	289
Bourassa	25.5	12	24,890	27,062	252
Gander – Grand Falls	24.5	13	22,550	26,318	265
Edmonton East (Est)	24.0	14	25,960	28,204	235
Matapédia – Matane	23.8	15	17,060	23,891	286
Gaspé	23.7	16	15,085	25,909	274
Saint-Henri – Westmount	23.6	17	23,625	36,881	75
Outremont	23.4	18	27,010	32,810	145
Rosedale	22.4	19	28,060	39,359	56
Hamilton West (Ouest)	22.3	20	24,245	27,043	254
Longueuil	22.0	21	25,875	29,468	211
Trois-Rivières	21.7	22	18,300	28,705	227
Cape Breton (Cap-Breton) – East Richmond	21.5	23	14,110	27,049	253
Miramichi	21.2	24	12,600	25,589	276
Davenport	21.2	25	22,460	30,646	191
Dauphin-Swan River	21.1	26	16,580	22,416	291
Saint John	21.0	27	18,270	28,016	241
Edmonton Northwest (Nord-Ouest)	21.0	28	21,675	28,155	237
Sherbrooke	20.8	29	21,885	27,810	248
Madawaska – Victoria	20.5	30	13,550	25,312	278
Hamilton East (Est)	20.5	31	19,610	28,204	234
Gloucester	20.1	32	15,395	26,814	259
Pontiac-Gatineau-Labelle	20.1	33	17,090	26,058	271
Prince Albert (Prince-Albert)	20.0	34	14,845	28,924	222
Surrey North (Nord)	19.8	35	23,305	31,954	165
Restigouche	19.7	36	11,120	27,374	249

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Saint-Laurent	19.5	37	19,885	34,029	118
Saint-Maurice	19.5	38	16,175	26,072	270
Mercier	19.4	39	21,865	30,118	201
York West (Ouest)	19.4	40	21,005	34,266	113
Notre-Dame-de-Grâce	19.3	41	19,295	32,369	158
Chicoutimi	19.2	42	16,905	31,679	174
The Battlefords – Meadow Lake	19.2	43	13,595	26,153	268
Yorkton – Melville	19.2	44	15,100	24,607	284
York South (Sud) – Weston	19.1	45	20,415	31,504	177
Humber – St. Barbe (Sainte-Barbe)	19.0	46	16,585	28,087	239
Lac-Saint-Jean	18.9	47	13,725	28,228	233
LaSalle – Émard	18.9	48	20,380	29,612	208
Jonquière	18.8	49	13,050	32,348	159
Trinity-Spadina	18.8	50	22,575	33,323	137
Champlain	18.6	51	16,695	27,867	244
Mégantic – Compton – Stanstead	18.6	52	15,545	25,211	281
Calgary Centre	18.6	53	25,670	30,779	187
Cape Breton (Cap-Breton) – The Sydneys	18.5	54	13,360	27,199	251
Saint-Léonard	18.5	55	18,380	30,682	189
St. John's East (Est)	18.4	56	21,270	34,990	106
Québec-Est	18.4	57	18,930	30,793	186
Roberval	18.3	58	13,815	28,957	221
Charlevoix	18.2	59	15,425	30,889	184
Bonaventure – Îles-de- la-Madeleine	18.1	60	9,905	26,761	261
Hull – Aylmer	18.1	61	17,790	33,617	129
Saint-Hubert	18.1	62	20,360	33,035	141
Mackenzie	18.1	63	13,495	25,229	280
Carleton – Charlotte	17.9	64	13,150	24,961	282
Argenteuil – Papineau	17.9	65	14,765	26,891	257
Rimouski – Témiscouata	17.9	66	14,640	28,816	225
Broadview – Greenwood	17.9	67	19,485	33,823	125
St. John's West (Ouest)	17.8	68	17,930	32,684	150
Laurentides	17.7	69	19,515	27,865	245
Drummond	17.6	70	16,005	26,279	267
Mont-Royal (Mount Royal)	17.6	71	19,620	43,863	29
Laval-des-Rapides	17.5	72	18,115	33,352	135
Manicouagan	17.4	73	9,755	31,923	168
New Westminster – Burnaby	17.4	74	22,900	30,543	193
Kamouraska – Rivière-du-Loup	17.3	75	13,775	26,107	269
Windsor West (Ouest)	17.3	76	18,750	32,715	146
Témiscamingue	17.2	77	15,140	27,964	242

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Sudbury	17.1	78	15,270	30,983	181
Richelieu	16.9	79	14,810	28,872	224
London East (Est)	16.9	80	20,505	30,647	190
Regina – Qu'Appelle	16.8	81	12,440	30,126	200
Okanagan – Shuswap	16.8	82	14,625	27,028	255
Ahuntsic	16.7	83	19,015	31,369	179
Bellechasse	16.7	84	15,125	25,540	277
Nanaimo (Nanaimo) – Cowichan	16.6	85	19,115	29,145	216
Vancouver Quadra	16.6	86	20,850	41,051	44
Berthier – Montcalm	16.5	87	17,120	25,772	275
Saskatoon – Clark's Crossing	16.5	88	16,325	33,164	138
Saskatoon – Dundurn	16.5	89	15,800	33,740	126
Richmond – Wolfe	16.4	90	13,715	28,448	230
Edmonton North (Nord)	16.4	91	19,035	36,763	77
Cariboo – Chilcotin	16.4	92	12,025	30,419	194
Beauce	16.3	93	16,845	26,789	260
Frontenac	16.3	94	11,420	27,002	256
Montmorency – Orléans	16.2	95	15,640	32,370	157
Timiskaming	16.2	96	10,525	28,096	238
Lisgar – Marquette	16.2	97	13,320	25,260	279
Cape Breton (Cap-Breton) Highlands	16.1	98	11,440	27,849	246
Abitibi	16.1	99	14,005	30,407	195
Lotbinière	16.1	100	16,725	26,729	263
Beauharnois – Salaberry	16.0	101	15,780	28,531	229
Shefford	16.0	102	15,360	28,157	236
Winnipeg North (Nord)	16.0	103	15,575	31,878	169
Halifax	15.9	104	17,655	33,713	127
Ottawa – Vanier	15.8	105	17,505	36,361	83
Blainville – Deux-Montagnes	15.6	106	19,455	36,159	90
Calgary Northeast (Nord-Est)	15.5	107	18,175	38,121	63
Vancouver Centre	15.5	108	24,555	29,881	205
Scarborough West (Ouest)	15.4	109	16,480	34,181	116
Stormont – Dundas	15.4	110	13,735	30,860	185
Anjou – Rivière-des-Prairies	15.3	111	17,095	35,093	103
Nipissing	15.3	112	12,410	30,636	192
Parkdale – High Park	15.3	113	18,555	33,867	124
Cumberland – Colchester	15.2	114	13,685	26,753	262
Brandon – Souris	15.2	115	13,685	28,570	228
Moose Jaw – Lake Centre	15.2	116	12,455	29,171	215
Peace River	15.2	117	17,310	32,866	144
Egmont	15.1	118	5,810	26,817	258
Chapleau	15.1	119	17,815	35,633	96

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Swift Current – Maple Creek	15.1	120	12,130	29,291	212
Okanagan – Similkameen	15.1	121	13,695	26,437	264
Brome – Missisquoi	15.0	122	13,120	27,269	250
Beaver River	15.0	123	11,290	32,550	152
Comox – Alberni	15.0	124	15,475	29,569	209
Eglinton – Lawrence	14.8	125	17,415	37,622	69
Prince George – Bulkley Valley	14.7	126	13,270	35,426	100
Fundy – Royal	14.6	127	13,475	30,703	188
Joliette	14.6	128	15,360	29,930	204
Fraser Valley West (Ouest)	14.6	129	16,375	31,934	167
Prince George – Peace River	14.6	130	14,090	34,188	115
Vancouver South (Sud)	14.6	131	18,630	39,705	50
Saint-Jean	14.5	132	13,280	29,283	213
Regina-Lumsden	14.5	133	12,080	34,702	110
South West Nova	14.4	134	11,980	25,983	272
Welland – St. Catharines – Thorold	14.4	135	13,660	33,942	121
Victoria	14.4	136	20,520	28,325	232
Moncton	14.3	137	14,220	32,600	151
Calgary Southeast (Sud-Est)	14.3	138	17,335	43,187	32
Kamloops	14.3	139	13,225	32,495	154
Churchill	14.2	140	7,280	32,262	162
Burnaby – Kingsway	14.2	141	19,345	35,472	97
Labrador	14.1	142	4,385	34,827	109
Lévis	14.1	143	16,105	33,475	132
Saint-Hyacinthe – Bagot	14.1	144	13,760	29,091	218
Lethbridge	14.1	145	14,645	32,142	163
Vegreville (Végréville).	14.1	146	11,430	32,298	161
Esquimalt – Juan de Fuca	14.1	147	13,645	30,406	196
Fraser Valley East (Est)	14.0	148	12,980	30,220	198
Saskatoon – Humboldt	13.9	149	11,485	31,395	178
Medicine Hat	13.9	150	14,215	31,870	170
Beauséjour	13.8	151	10,195	27,869	243
St. Catharines	13.8	152	15,145	33,034	142
Crowfoot	13.8	153	10,700	30,004	203
Okanagan Centre	13.8	154	14,665	29,471	210
Beaches – Woodbine	13.7	155	16,445	34,861	108
Ottawa Centre	13.7	156	15,800	36,479	80
Sault Ste. Marie	13.7	157	11,565	33,965	119
Winnipeg Transcona	13.7	158	13,160	32,328	160
Edmonton Southeast (Sud-Est)	13.7	159	15,845	38,077	65
Red Deer	13.7	160	14,400	34,195	114
Port Moody – Coquitlam	13.7	161	14,175	39,204	57

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Central Nova	13.6	162	11,075	28,981	220
Athabaska	13.6	163	11,610	40,636	49
Portneuf	13.5	164	11,385	29,726	206
North Island — Powell River	13.5	165	12,190	31,772	172
Timmins — Chapleau	13.4	166	9,390	33,418	134
Calgary-West (Ouest)	13.4	167	15,955	41,310	41
Charlesbourg	13.2	168	14,880	36,150	91
York Centre	13.2	169	14,705	37,135	71
Edmonton Southwest (Sud-Ouest)	13.2	170	15,750	45,727	17
Cardigan	13.1	171	4,640	26,287	266
Portage — Interlake	13.1	172	10,105	28,389	231
Annapolis Valley — Hants	13.0	173	13,025	29,044	219
Don Valley-East (Est)	13.0	174	14,195	38,141	62
Souris — Moose Mountain	13.0	175	10,940	30,164	199
Kootenay West (Ouest) — Revelstoke	13.0	176	10,315	29,694	207
Hastings — Frontenac — Lennox	12.9	177	11,740	30,060	202
Dartmouth	12.8	178	13,405	36,975	74
Ottawa West (Ouest)	12.8	179	12,960	37,645	68
Southshore	12.6	180	11,035	27,833	247
Edmonton — Strathcona	12.6	181	16,245	36,683	79
Yellowhead	12.6	182	11,345	34,304	112
Scarborough East (Est)	12.5	183	12,810	42,575	37
Provencher	12.5	184	10,770	29,130	217
Winnipeg South Centre (Sud-Centre)	12.5	185	14,105	32,515	153
Mission — Coquitlam	12.5	186	13,330	34,961	107
Niagara Falls	12.4	187	12,640	33,659	128
Kindersley — Lloydminster	12.4	188	9,840	31,581	176
Wetaskiwin	12.4	189	10,910	32,704	148
Laval	12.3	190	12,715	39,601	51
Parry Sound — Muskoka	12.3	191	10,140	28,054	240
Duvernay	12.2	192	12,410	39,529	53
Algoma	12.2	193	8,020	33,051	140
Hillsborough	12.1	194	4,830	31,179	180
Elgin	12.1	195	11,160	31,602	175
Nickel Belt	12.1	196	9,420	35,432	99
Windsor — St. Clair (Lac Saint Clair)	12.1	197	12,470	36,347	84
MacLeod	12.1	198	105	36,774	76
North Vancouver	12.1	199	12,950	39,048	59
Terrebonne	12.0	200	15,725	37,817	67
London — Middlesex	12.0	201	12,230	36,333	85

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household Income \$	Riding rank by average household income
St. Boniface (Saint-Boniface)	12.0	202	11,410	35,391	102
Brant	11.9	203	12,740	31,951	166
Ottawa South (Sud)	11.9	204	13,690	42,821	34
Bruce – Grey	11.8	205	12,465	28,728	226
Glengarry – Prescott – Russell	11.8	206	10,895	34,167	117
Hamilton Mountain	11.8	207	12,460	35,855	94
Kingston and the Islands (et les îles)	11.7	208	13,315	34,577	111
Erie	11.6	209	9,800	33,617	130
Simcoe North (Nord)	11.6	210	11,780	30,940	182
Wild Rose	11.6	211	9,990	36,719	78
Skeena	11.6	212	8,385	37,067	73
Fredericton	11.5	213	11,480	33,342	136
Lachine – Lac-Saint-Louis	11.3	214	13,220	41,139	43
Cambridge	11.3	215	13,610	35,071	104
Oshawa	11.3	216	12,500	37,133	72
Kootenay East (Est)	11.3	217	9,215	32,929	143
Surrey – White Rock	11.3	218	14,545	36,233	87
Huron – Bruce	11.2	219	11,835	30,933	183
Victoria – Haliburton	11.2	220	10,725	29,213	214
Kitchener	11.1	221	13,850	33,888	123
Richmond	11.1	222	13,990	41,486	40
Scarborough – Agincourt	11.0	223	12,540	43,195	31
Regina – Wascana	11.0	224	11,315	39,139	58
Calgary North (Nord)	11.0	225	14,955	44,046	25
Lambton – Middlesex	10.9	226	9,065	33,451	133
Renfrew	10.9	227	11,105	30,269	197
Châteauguay	10.8	228	10,255	36,021	92
Kent	10.8	229	9,895	33,100	139
Selkirk	10.8	230	9,715	35,470	98
Peterborough	10.7	231	12,590	32,399	156
Prince Edward – Hastings	10.7	232	11,055	32,415	155
Etobicoke North (Nord)	10.6	233	12,820	42,791	35
Northumberland	10.6	234	10,205	31,688	173
Scarborough Centre	10.6	235	10,630	39,409	55
Thunder Bay – Atikokan	10.5	236	8,680	35,850	95
Don Valley North (Nord)	10.4	237	10,400	47,866	14
Etobicoke – Lakeshore	10.3	238	12,995	36,226	88
Haldimand – Norfolk	10.3	239	9,510	31,972	164
Lincoln	10.3	240	10,905	38,650	60
Vaudreuil	10.2	241	10,370	39,474	54
Louis-Hébert	10.1	242	12,270	41,036	45
Cochrane – Superior (Supérieur)	10.1	243	6,645	36,170	89

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household Income \$	Riding rank by average household Income
Pierrefonds – Dollard	10.0	244	11,050	42,602	36
Thunder Bay – Nipigon	9.9	245	8,690	36,429	82
Winnipeg South (Sud)	9.9	246	10,175	45,112	21
Malpeque (Malpèque)	9.8	247	3,740	28,888	223
Wellington – Grey – Dufferin – Simcoe	9.8	248	11,025	32,688	149
Saanich – Gulf Islands	9.8	249	12,365	36,265	86
Delta	9.7	250	8,720	43,656	30
Perth – Wellington – Waterloo	9.6	251	10,690	33,498	131
Winnipeg – St. James	9.6	252	9,175	35,963	93
La Prairie	9.5	253	10,145	45,692	18
Sarnia – Lambton	9.5	254	9,625	38,074	66
Oxford	9.4	255	9,880	32,704	147
Scarborough – Rouge River	9.4	256	12,115	45,808	16
London West (Ouest)	9.3	257	13,505	38,091	64
Waterloo	9.3	258	12,720	38,296	61
Verchères	9.1	259	8,110	41,529	39
Halifax West (Ouest)	8.9	260	9,420	39,561	52
Essex – Kent	8.9	261	7,795	35,393	101
Leeds – Grenville	8.8	262	8,920	33,944	120
Kenora – Rainy River	8.7	263	6,370	33,897	122
Essex – Windsor	8.6	264	8,310	40,761	48
Simcoe Centre	8.6	265	9,950	35,035	105
Mississauga East (Est)	8.4	266	10,835	43,086	33
Willowdale	8.4	267	10,810	44,014	27
Chambly	8.3	268	8,570	40,851	47
Brampton – Malton	8.1	269	8,740	44,087	24
Guelph – Wellington	8.1	270	11,110	37,338	70
Calgary Southwest (Sud-Ouest)	8.1	271	10,715	49,304	12
St. Albert (St-Albert)	8.0	272	7,205	44,340	23
Mississauga South (Sud)	7.5	273	8,500	51,372	8
Elk Island	7.4	274	6,485	45,148	20
Hamilton – Wentworth	7.3	275	8,165	44,002	28
St. Paul's	7.2	276	11,290	55,624	3
York Simcoe	7.0	277	8,585	40,864	46
Burlington	6.7	278	7,625	44,824	22
Etobicoke Centre	6.6	279	6,950	55,847	2
Capilano – Howe Sound	6.5	280	6,450	52,494	6
Mississauga West (Ouest)	6.3	281	9,435	47,922	13
Brampton	6.2	282	8,740	45,269	19
Durham	6.0	283	6,530	42,045	38
Lanark – Carleton	6.0	284	7,250	41,140	42
Ontario	5.9	285	8,745	47,291	15

	All economic families Incidence of low income %	Riding rank by Incidence of low income	Persons in low income family units	Average household income \$	Riding rank by average household income
Don Valley West (Ouest)	5.7	286	7,980	54,563	4
York North (Nord)	5.6	287	9,770	52,715	5
Nepean	5.5	288	6,725	50,561	10
Oakville – Milton	4.7	289	6,595	51,306	9
Carleton – Gloucester	4.6	290	5,590	51,637	7
Markham	4.4	291	6,985	50,817	1
Halton – Peel	4.0	292	4,405	50,059	11
Yukon	0.0	293	0	36,452	81
Nunatsiaq	0.0	294	0	31,812	171
Western Arctic	0.0	295	0	44,044	26

Source: Statistics Canada, CANSIM Division.

TABLE 6
INFANT MORTALITY RATES PER 1,000 LIVE BIRTHS,
CANADA, 1931-1989

Year	Number of Infant Deaths
1931	86.0
1936	67.7
1941	61.1
1946	47.8
1951	38.5
1956	31.9
1961	27.2
1966	23.1
1971	17.5
1972	17.1
1973	15.5
1974	15.0
1975 ¹	14.3
1976 ¹	13.5
1977	12.4
1978	12.0
1979	10.9
1980	10.4
1981	9.6
1982	9.1
1983	8.5
1984	8.1
1985	8.0
1986	7.9
1987	7.3
1988	7.2
1989	7.1

¹ estimate

Source : Statistics Canada, *Health Reports: Deaths 1989*, Supplement No. 15, 1991, Vol. 3, No. 1, Catalogue 82-003S15.

TABLE 7
INFANT MORTALITY RATES PER 1,000 LIVE BIRTHS,
BY PROVINCE, 1988-1989

Province	1988	1989
Newfoundland	9.3	8.2
Prince Edward Island	7.1	6.2
Nova Scotia	6.5	5.8
New Brunswick	7.2	7.1
Quebec	6.5	6.8
Ontario	6.6	6.8
Manitoba	7.8	6.6
Saskatchewan	8.4	8.0
Alberta	8.3	7.5
British Columbia	8.4	8.2
Yukon	5.8	4.2
Northwest Territories	10.3	16.2

Source : Statistics Canada, *Health Reports: Deaths 1989*, Supplement No. 15, 1991, vol. 3, No. 1, Catalogue 82-003S15.

TABLE 8**INFANT MORTALITY RATES AS PERCENT OF LIVE BIRTHS,
SELECTED COUNTRIES, 1989**

Country	Rate
Japan	0.46
Iceland	0.53
Sweden	0.58
Finland ¹	0.61
Netherlands	0.68
Canada	0.71
Switzerland	0.73
France	0.75
Denmark	0.75
Federal Republic of Germany	0.75
Ireland	0.76
Spain	0.78
Australia	0.79
Norway ¹	0.83
Austria	0.83
United Kingdom	0.84
Belgium	0.86
Italy	0.89
United States	0.97
Greece	0.99
Luxembourg	0.99
New Zealand ¹	1.08
Portugal	1.22
Turkey	6.50

¹ for 1988

Source : Organization for Economic Co-operation and Development, *OECD IN FIGURES : Statistics on the Member Countries*, 1991, p. 46, 47.

TABLE 9
RATES OF CHILD POVERTY, SELECT COUNTRIES,
VARIOUS YEARS

Country	Year	Rate
Canada	1981	16.8%
Israel	1979	18.6
Norway	1979	5.6
Sweden	1981	5.2
U.K.	1979	10.4
U.S.A.	1979	24.1

Note : Children are under 17 years of age. The definition of poverty is standardized across countries and represents one-half of the median household income, which approximates the Statistics Canada measure. The reference years differ for country, but are all between 1979 and 1981.

Source : Stein Ringen, *Differences and Similarity: Two Studies in Comparative Income Distribution*, Stockholm : The Swedish Institute for Social Research, 1986.

TABLE 10

HEALTH AND EDUCATION EXPENDITURES, INCOME INEQUALITY AND FEMALE WAGES, SELECTED COUNTRIES, VARIOUS YEARS

	Total education expenditure (as % of GDP) 1986	Total health expenditure (as % of GDP) 1987	Public expenditure on education and on health combined (as % of total public expenditure) 1986-88	Income share lowest 40% of households (%) 1980-87	Female wages (as % of male wages) 1986
Japan	6.5	6.8	28.5	21.9	52
Canada	7.2	8.6	30.2	17.5	63
Iceland	3.7	7.8	32.3	—	90
Sweden	7.5	9.0	25.7	21.2	81
Switzerland	5.2	7.7	33.8	16.9	68
Norway	6.7	7.5	28.0	19.0	75
USA	6.8	11.2	26.4	15.7	59
Netherlands	6.8	8.5	22.7	20.1	77
Australia	5.7	7.1	28.0	15.5	87
France	6.6	8.6	24.2	18.4	75
United Kingdom	5.0	6.1	23.3	17.3	66
Denmark	7.3	6.0	21.4	17.4	84
Finland	5.7	7.4	28.0	18.4	76
Germany	4.5	8.2 ^a	23.0 ^a	19.5 ^a	—
New Zealand	4.9	6.9	22.7	15.9	77
Belgium	5.4	7.2	20.9	21.6	75
Austria	6.0	8.4	22.8	—	78
Italy	3.9	6.9	18.2	18.8	80
Luxembourg	2.8	7.5	24.2	—	64
Spain	3.2	6.0	23.6	19.4	—
Israel	—	2.1	—	18.1	—
Ireland	6.2	7.4	22.8	—	62
Greece	3.1	5.3	15.4	—	65
Czechoslovakia	—	4.2	—	—	68
Malta	3.6	—	—	—	—
Hungary	—	3.2	—	26.2	—
USSR	—	3.2	—	—	—
Bulgaria	—	3.2	—	—	—
Yugoslavia	3.6	4.3	—	17.1	—
Portugal	4.1	6.4	18.4	—	76
Poland	3.6	4.0	—	23.9	—
Albania	—	—	—	—	—
Romania	2.7	1.9	—	—	—

data for former German Democratic Republic not included.

source: United Nations, *Human Development Report 1991*, Oxford: Oxford University Press, 1991, p. 175, 186.

TABLE 11

LIQUID ASSET EXEMPTION LEVELS AS OF DECEMBER 1990

	Unemployable			Employable	
	Single Person	Single Parent One Dependent	Single Disabled	Single Person	Family
Newfoundland	\$2,500	\$5,000	\$3,000	\$40	\$100
Prince Edward Island	200	1,200	900	50 ¹	50 ¹
Nova Scotia	1,500	2,500	3,000	Municipalities generally require liquid assets to be expended to meet basic needs.	
New Brunswick	500	1,000	1,000	500	1,000
Quebec	**2	**2	2,500 ²	1,500	2,500
Ontario	2,500 ³	5,000 ³	3,000 ³	<p>Municipal welfare administrators determine the level of liquid assets a person may have and still be eligible for assistance.</p> <p>For a single person, assets equal to 1-2 weeks' assistance may be exempted (or up to 1-3 months' assistance in the case of a temporarily unemployable person).</p> <p>For a family, assets equal to 1-3 months' assistance.</p> <p>Maximum exemptions (\$2,500 for a single person and \$5,000 for a couple plus \$500 per dependent) may apply to households to be transferred to long-term assistance.</p>	
Manitoba ⁴	400	2,000	400	Municipalities generally require liquid assets to be expended to meet basic needs.	
Saskatchewan	1,500	3,000	1,500	1,500	3,000
Alberta	1,500	2,500	3,000 ⁵	For a single person, \$50 cash plus the equivalent of \$1,450 in cash assets. For a family, \$250 cash plus the equivalent of \$2,250 in cash assets.	
British Columbia	500 ⁶	1,500	2,500	160	1,500
Northwest Territories	The value of any assets that should not be converted into cash for sound social or economic reasons (in the director's opinion) is exempt from inclusion as a personal resource.				
Yukon	500	1,800	1,500	100 ⁷	200 ⁷

NOTES TO TABLE 11

This level applies to unemployed applicants who require assistance for less than four months. Liquid asset exemption levels for persons on assistance for four months or more are higher.

Under the new system of income security in Quebec, applicants would not be considered unemployable unless they were disabled. Families that qualify under the Financial Support Program get a \$5,000 exemption.

The director may permit households in receipt of Family Benefits to exceed the maximum exemption level by no more than ten percent. This exception applies only to current beneficiaries and not to applicants.

Manitoba has a distinct set of rules pertaining to persons owning or operating farms.

This level applies to persons who are severely and permanently disabled as defined under the Assured Income for the Severely Handicapped (AISH) program.

This applies to recipient under age 55. The asset exemption for recipients between the ages of 55 and 59 is \$1,500.

This asset exemption level applies to persons on assistance for less than 90 days. Higher levels are permitted for those on assistance for more than 90 days.

The federal maximums on liquid assets are:

- a) \$2,500 for a single person and \$3,000 when an individual is aged or disabled.
- b) \$5,000 for a person with one dependent (spouse or child) and \$5,500 when the applicant or spouse is aged or disabled.
- c) an extra \$500 for the second and each additional dependent.
- d) an additional amount where this has been placed in a special fund or trust for purposes that the province considers to be socially important — for example, the education of a child or the purchase of equipment to overcome a disabling condition.

Source: National Council of Welfare, *Welfare Incomes 1990*, Autumn 1991, p. 4-6.

TABLE 12
MONTHLY EARNINGS EXEMPTION LEVELS AS OF DECEMBER 1990

	Unemployable	Employable
Newfoundland	<p>For adults on social assistance for reasons other than unemployment (excluding disability), \$30 + 50 percent of allowable income over \$30 and up to \$80 a month (maximum monthly exemption of \$55)</p> <p>For families on social assistance for reasons other than unemployment, first \$30 + 50 percent of allowable income over \$30 a month and up to \$200 a month (maximum monthly exemption of \$115)</p> <p>For a disabled adult, up to \$95 a month</p> <p>For a family with disabled member(s), up to \$190 a month</p>	<p>For adults who are unemployed, 50 percent of allowable income up to \$80 a month (maximum monthly exemption of \$40)</p> <p>For unemployed families, 50 percent of allowable income up to \$200 a month (maximum monthly exemption of \$100)</p>
Prince Edward Island ¹	\$50 for a single person and \$100 for a family, plus ten percent of the balance of net earnings	Same
Nova Scotia	<p>For a single person, \$100 + 25 percent of gross wages²</p> <p>For families, \$200 + 25 percent of gross wages</p>	<p>\$50 single person³</p> <p>\$100 family³</p>
New Brunswick	<p>\$150 single person</p> <p>\$200 family</p>	<p>\$150 single person</p> <p>\$200 family</p> <p>Where a recipient has been designated as having high employment potential exemptions are increased for one person by an additional monthly amount of \$250 for two months. Exemptions for a family are increased by an additional monthly amount of \$200 for two months and \$100 for the third month. Two-parent employable families are eligible for the \$200 exemption for six months with possible extensions.</p>
Quebec ⁴	\$100 for a single family person or family	<p>\$84 for a single person or single parent</p> <p>\$53 for a two-parent family⁵</p>
Ontario ⁶	<p>\$160 + 20 percent over \$160 of net earnings for a single disabled person</p> <p>\$185 + 20 percent over \$185 of net earnings for a family with at least one disabled person</p> <p>\$175 + 20 percent over \$175 of net earnings for a single-parent family</p>	<p>\$75 + 20 percent over \$75 of net earnings for a single person</p> <p>\$150 + 20 percent over \$150 of net earnings for a two-parent family</p> <p>\$175 + 20 percent over \$175 of net earnings for a single-parent family</p>

	Unemployable	Employable
Manitoba	The greater of \$50 a month, 70 cents for each hour worked or 30 percent of gross monthly earnings; \$50 a month up to \$600 a year for newly enrolled applicants, students and self-employed persons	\$120 a month; \$225 for those enrolled in Wage Supplementation Program
Saskatchewan ^{7,8}	First \$100 of monthly earned income + 20 percent of excess (maximum exemption \$150) for a single disabled person First \$125 of monthly earned income + 20 percent of excess (maximum exemption \$225) for a two-person family classified as disabled	First \$25 of monthly earned income + 20 percent of excess (maximum exemption \$75) for a one-person household considered non-disabled First \$50 of monthly earned income + 20 percent of excess (maximum exemption of \$150) for a two-person family considered non-disabled
Alberta	100 percent of earnings up to \$115; 50 percent of earnings between \$116 and \$200; 25 percent of earnings between \$201 and \$300; ten percent exemption on earnings over \$300 ⁹	Same
British Columbia ¹⁰	For an unemployable person, \$50 a month; \$100 for a single disabled person + 25 percent of net earnings in excess of \$100	For a single employable person, a monthly exemption of \$50 + 25 percent of net earnings exceeding this amount For households with a recipient and one or more dependents, none of whom is disabled and at least one of whom is employable, monthly exemption of \$100 + 25 percent of net earnings
Northwest Territories	\$50 (no dependents) \$100 (no dependents)	Same
Yukon	No exemption on net income from full-time employment (more than 20 hours a week); earnings exemption on part-time employment is the greater of 50 percent of net earnings but not exceeding 25 percent of the total of items of basic requirements necessary to maintain an applicant and dependents or \$5 a month for a single person, \$10 a month for a family of two and \$15 a month for a family of three or more ¹¹ For permanent exclusions from the labour market, \$25 for a single person; \$50 for a married couple from sale of handicrafts or hobby materials	Same

NOTES TO TABLE 12

1. The earnings exemptions for welfare recipients also apply to applicants for welfare.
2. There is a total exemption of earned income for the first month of full-time employment. As of July 1990, training allowances for a full-time participant were also exempt during the first month.
3. These are the earnings exemptions for the City of Halifax.
4. The exemptions indicated here were introduced with the new income security legislation in Quebec. The exemption for unemployable recipients was calculated under the Financial Support Program while exemptions for employable recipients were calculated under the Work and Employment Incentives Program. A person who has received welfare benefits from either program for three consecutive months and then gets a job or enters a training program can have all of his or her earnings or training allowances exempted for one month. This enhanced benefit can be claimed only once in any six-month period.
5. These are the earnings exemptions for recipients classified as "participants" within the Work and Employment Incentives Program. Different levels of earnings exemptions apply to persons classified as "available," "non-available" or "non-participating."
6. These earnings exemptions were introduced as part of the Supports to Employment Program (STEP) announced by Ontario in October 1989. The exemptions are more generous than they were prior to the reform; both the flat-rate amount and the percentage component have been changed. In addition, earnings are now calculated on the basis of net income and not gross income.
7. The earnings exemptions indicated here apply to fully employable individuals only after they have been in receipt of social assistance for at least the preceding three consecutive months. Recipients in the disabled category, by contrast, are entitled to the earnings exemption from the time they receive income from salaried employment.
8. Earnings exemption levels vary by family size. Only one-person and two-person households are indicated here.
9. People who qualify for the Assured Income for the Severely Handicapped (AISH) program instead of welfare have higher earnings exemptions. Single people get an exemption of \$165 a month plus 25 percent of additional earnings.
10. The enhanced exemption may be claimed no more than 18 times in a three-year period. However, disabled persons are eligible indefinitely for the enhanced exemption.
11. In lieu of an earnings exemption, full-time workers get additional payments of \$50 a month: \$25 for clothing and \$25 for transportation.

Source: National Council of Welfare, *Welfare Incomes 1990*, Autumn 1991, p. 43-49.

TABLE 13

**ANNUAL SOCIAL ASSISTANCE INCOMES AS A PERCENTAGE
OF THE LOW INCOME CUT-OFF,
COUPLE WITH TWO CHILDREN, 1990¹**

	Basic Social Assistance	Additional Benefits	Low Income Cut-Off (1978-Base)	Total Welfare Income as % of Low Income Cut-Off (1978-Base)	Low Income Cut-Off (1986-Base)	Total Welfare Income as % of Low Income Cut-Off (1986-Base)
Nfld.	\$11,480	\$0	\$24,601	46,7%	\$24,662	46,5%
P.E.I. ²	14,769	175 ³	22,997	65,0	24,094	62,0
N.S. ⁴	11,950	40 ⁵	24,601	48,7	24,662	48,6
N.B. ⁶	8,500	0	24,601	34,6	24,662	34,5
Que. ⁷	13,188	787 ⁸	25,884	54,0	28,031	49,9
Ont.	16,548	366 ⁹	25,884	65,3	28,031	60,3
Man. ¹⁰	14,383	37 ¹¹	25,884	55,7	28,031	51,4
Sask. ¹²	13,860	160 ¹³	24,601	57,0	24,662	56,8
Alta. ¹⁴	13,269	0	25,884	51,3	28,031	47,3
B.C.	12,743	155 ¹⁵	25,884	49,8	28,031	46,0

1 Figures represent estimated welfare incomes for 1990. It is assumed that the household went on welfare on 1 January 1990 and remained on welfare for the entire calendar year. In calculating the basic social assistance rates, the rates for the largest municipal area in the province were used, it was assumed that both parents were employable, and recipients were assumed to be renters rather than home owners and that there was no sharing of accommodation. Special assistance has been indicated only when it is "automatically" provided to certain recipients. The Territories are not included because they are specifically excluded from the surveys used to generate the Low Income Cut-Offs. For Newfoundland, rate changes which took effect 1 May 1990 were incorporated in the figures. For Prince Edward Island, rate changes which took effect 1 April and 1 July 1990 were incorporated in the figures. For New Brunswick, rate changes which took effect on 1 September 1990 were incorporated in the figures. For Ontario, the figures were based on rate changes which took effect on 1 January 1990 for both the Family Benefits Program and the General Welfare Assistance. For Saskatchewan, rates effective 1 June 1990 and increases to shelter and utility rates effective 1 July 1990 were incorporated in the figures. For Alberta, the new welfare system took effect in 1991; the rates here are based on the former system and rates that were revised in May 1988. For British Columbia, rate changes which took effect in August 1990 were included in the figures.

2 The only difference between short-term and long-term rates used to be a monthly clothing allowance of \$20. Effective 1 April 1990, the short-term rate was eliminated and everyone paid at a rate that includes a clothing allowance. Figures represent 3 months at the old short-term rate and 9 months at the new rate that includes a clothing allowance.

3 This school allowance is granted once a year. It was increased on 1 August 1989 to \$75 for children between the ages of 6 and 11 and to \$100 for children aged 12 and over.

4 Rates of assistance are for Halifax for 1988. Increases to the food allowance that took effect December 1990 are included. Municipal recipients in Halifax often receive an additional \$40 per month for work-related transportation, but the allowance is not automatic in all cases.

5 In Halifax, an annual amount of \$20 per child is granted for the purchase of school supplies.

6 The family was classified in the Upgrading, Training and Placement Program.

TABLE 13 (cont'd)

- 7 This family was classified in the "participating" category of the Work and Employment Incentives Program. Rates for the Work and Employment Incentives Program are based on changes which took effect 1 January 1990. Rates of assistance for recipients of the Work and Employment Incentives Program include adjustments that were made as a result of harmonizing the welfare system with the tax system in that province.
- 8 This is the school expense allowance of \$46 for each dependent attending primary school and \$93 for each dependent in secondary school. The maximum monthly shelter subsidy of \$54 for a family of 4 is also included.
- 9 This is the combined amount of the dependent child allowance and the winter clothing allowance paid in November on behalf of the dependent children of General Welfare Assistance recipients.
- 10 These are the rates for Winnipeg and include increases which took effect 1 October 1990, as well as increases in food allowances which took effect 20 April 1990. The clothing allowance for employable recipients is not provided until the fifth week on assistance.
- 11 Winnipeg provided a Christmas allowance of \$13.05 per single person or family head and \$7.90 for each other family member.
- 12 The rates of assistance have been reduced by the amount of the federal Family Allowance. Saskatchewan is the only province which explicitly deducts the value of the federal Family Allowance from welfare rates. Low-income families are eligible for supplements from the Family Income Plan. The benefits have been incorporated within the welfare rates indicated.
- 13 This represents an amount for education-related expenses of \$100 for children aged 14 and over and \$60 for children between the ages of six and 13.
- 14 Employable individuals are not eligible for a clothing or household allowance, except as a special need, until they have been in receipt of assistance for at least three consecutive months.
- 15 This figure represents the combined amounts of the Christmas allowance and the school start-up fees.
- 16 Total welfare income includes the sum of Basic Social Assistance and Additional Benefits. It should be noted that the National Council of Welfare defines total welfare income to include Family Allowance benefits, the refundable Child Tax Credit, provincial Child-Related Benefits, the federal Sales Tax Credit, and provincial tax credits in addition to Basic Social Assistance and Additional Benefits.

Source : Adapted from Tables 2 and 3 in the National Council of Welfare, *Welfare Incomes 1990*, Autumn 1991, p. 18-25, 29-30.

TABLE 14

EVOLUTION OF BENEFITS UNDER THE FAMILY ALLOWANCE PROGRAM⁽¹⁾

A. 1945-1973		Number of Children			
		1-4	5	6-7	8+
July 1945	0-5 years	\$5.00	\$4.00	\$3.00	\$2.00
	6-9 years	6.00	5.00	4.00	3.00
	10-12 years	7.00	6.00	5.00	4.00
	13-14 years	8.00	7.00	6.00	5.00
April 1949	0-5 years	\$5.00	\$5.00	\$5.00	\$5.00
	6-9 years	6.00	6.00	6.00	6.00
	10-12 years	7.00	7.00	7.00	7.00
	13-14 years	8.00	8.00	8.00	8.00
September 1957	0-9 years	\$6.00	\$6.00	\$6.00	\$6.00
	10-15 years	8.00	8.00	8.00	8.00
September 1964	Youth Allowance	\$10.00			
October 1973	Family Allowance	\$12.00			
	Youth Allowance	\$12.00			
B. 1974-1991					
	Average Family Income		Family Allowance per child		Monthly Special Allowance per child
	(constant 1989 \$)	(current \$)	monthly	annually	
1974	\$42,420	\$14,833	\$20.00	\$240.00	\$20.00
1975	42,881	16,613	22.08	264.96	22.08
1976	45,636	19,010	22.08	264.96	22.08
1977	44,702	20,101	23.89	286.68	23.89
1978	45,764	22,353	25.68	308.16	25.68
1979	46,104	24,640	20.00	240.00	27.99
1980	47,575	28,009	21.80	261.60	30.51
1981	46,769	30,973	23.96	287.52	33.53
1982	45,617	33,473	26.91	322.92	37.65
1983	44,915	34,861	28.52	342.24	41.87
1984	44,923	36,385	29.95	359.40	44.68
1985	46,036	38,780	31.27	375.24	46.65
1986	47,033	41,240	31.58	378.96	47.12
1987	47,642	43,603	31.93	383.16	47.64
1988	48,498	46,186	32.38	388.56	48.31
1989 ²	50,083	50,083	32.74	392.88	48.84
1990 ²	—	—	33.33	399.96	49.72
1991 ²	—	—	33.93	407.16	50.61

1 Note that this table refers to federal Family Allowance rates, as distinct from those which may exist in Quebec and Alberta.

2 Family Allowance payments are recovered from higher-income individuals at a rate of 15% of individual net income exceeding \$50,000. Repayments in 1989 equalled one-third of the amount repayable, in 1990 two-thirds, and in 1991 the total amount. For 1990 and subsequent tax years, this \$50,000 threshold is indexed to increases in the cost of living exceeding 3%.

Source : Adapted from table prepared by Data Development and Analysis, Income Security Programs Branch, Health and Welfare Canada.

TABLE 15

EVOLUTION OF THE VALUE OF THE REFUNDABLE CHILD TAX CREDIT¹

	Average Family Income		Rate	Income Reduction Point	Income Cut-Off Points ²				
	(Constant 1989\$)	(Current \$)			1 Child	2 Children	3 Children	4 Children	5 Children
			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1978	\$45,764	\$22,353	200	18,000	22,000	26,000	30,000	34,000	38,000
1979	46,104	24,640	218	19,620	23,980	28,340	32,700	37,060	41,420
1980	47,575	28,009	238	21,380	26,140	30,900	35,660	40,420	45,180
1981	46,769	30,973	261	23,470	28,690	33,910	39,130	44,350	49,570
1982	45,617	33,473	343	26,330	33,190	40,050	46,910	53,770	60,630
1983	44,915	34,861	343	26,330	33,190	40,050	46,910	53,770	60,630
1984	44,923	36,385	367	26,330	33,670	41,010	48,350	55,690	63,030
1985	46,036	38,780	384	26,330	34,010	41,690	49,370	57,050	64,730
1986	47,033	41,240	454	23,500	32,580	41,660	50,740	59,820	68,900
1987	47,642	43,603	489	23,760	33,540	43,320	53,100	62,880	72,660
1988	48,498	46,186	559	24,090	35,270	46,450	57,630	68,810	79,990
			659	—	37,270	50,450	63,630	76,810	89,990
1989	50,083	50,083	565	24,355	35,655	46,955	58,255	69,555	80,855
			765 ³	—	39,655	54,955	70,255	85,555	100,855
1990	—	—	575	24,769	36,269	47,769	59,269	70,769	82,269
			778 ³	—	40,329	55,889	71,449	87,009	102,569

1 The rate given for 1978 applies to the 1978 taxation year, as so on for each year.

2 Income cut-off points show the net family income level, by child, at which the value of the benefit is reduced to 0. Also, note that for 1988 through 1990, the top line, for two or more children, refers to a family with only children 7 years of age or older, while the bottom line refers to a family with only children 6 years of age or younger; the income cut-off points will differ if the family has two or more children, at least one of whom is age 6 or younger and at least one of whom is 7 years of age or older. Also note that the cut-off points in the bottom line assume that no Child Care Expense Deduction is claimed.

3 Value of refundable Child Tax Credit including the supplement for children aged 6 years and younger; note that the value of the supplement for each eligible child is reduced by 25% of the Child Care Expense Deduction claimed for that child in that year.

Source : Adapted from table prepared by Data Development and Analysis, Income Security Programs Branch, Health and Welfare Canada.

TABLE 16

**EVOLUTION OF THE VALUE OF THE NON-REFUNDABLE PERSONAL,
MARRIED, EQUIVALENT-TO-MARRIED, AGE, DISABILITY,
CHILD AND INFIRM TAX CREDITS**

Taxation Year	Personal	Equivalent- To-Married/ Married	Age ³	Depen- dent Child ¹	Other Depen- dent ²	Disabled
1963-71	\$1,000	\$1,000	\$500	\$300	\$550	\$500
1972	1,500	1,350	1,000	300	550	1,000
1973	1,600	1,400	1,000	300	550	1,000
1974	1,706	1,492	1,066	320	586	1,066
1975	1,878	1,644	1,174	352	646	1,174
1976	2,090	1,830	1,310	390	720	1,300
1977	2,270	1,990	1,420	430	780	1,420
1978	2,430	2,130	1,520	460	840	1,520
1979	2,650	2,320	1,660	500	910	1,660
1980	2,890	2,530	1,810	540	990	1,810
1981	3,170	2,780	1,980	590	1,090	1,980
1982	3,560	3,110	2,220	670	1,220	2,220
1983	3,770	3,300	2,360	710	1,300	2,360
1984	3,960	3,470	2,480	710	1,360	2,480
1985	4,140	3,630	2,590	710	1,420	2,590
1986	4,180	3,660	2,610	710	1,440	2,860
1987	4,220	3,770	2,640	560	1,450	2,890
1988 ⁴	6,000	5,000	3,236	388/776 ⁵	1,471	3,236
1989 ⁴	6,066	5,055	3,272	392/784 ⁵	1,487	3,272
1990 ⁴	6,169	5,141	3,327	399/798 ⁵	1,512	3,327

- 1 Under age 18
- 2 for dependents 18 or older and infirm
- 3 for 1970 and 1971, for age 70 years and over
- 4 prior to 1988, exemptions; after 1987, non-refundable credits; non-refundable credits are multiplied by 17%
- 5 the lower amount is for each of the first two children under 18, the higher for each additional child under 18

Source : Adapted from: Taxation Statistics, Annual (1963-1982 editions) and General Tax Guide and Return (1981 and 1982), Revenue Canada - Taxation as prepared by Data Development and Analysis, Income Security Programs Branch, Health and Welfare Canada.

TABLE 17
EVOLUTION OF VALUE OF CHILD CARE EXPENSE DEDUCTION

Taxation Year	Minimum	Maximum Per Family
1972-1975	\$ 500	\$2 000
1976-1982	1 000	4 000
1983-1987	2 000	8 000
1988-1990	2 000/4 000 ¹	—

1 \$2,000 for children aged 7 to 14 years, \$4,000 for each child under age 7

Source : Taxation Statistics (annual) 1963-1982 and General Tax Guide and Return (1981 and 1982), Revenue Canada - Taxation as prepared by Data Development and Analysis, Income Security Programs Branch, Health and Welfare Canada.

TABLE 18

NET INCOME: DUAL-EARNER VERSUS SINGLE-EARNER FAMILIES

What child benefits under the federal tax/transfer system would be claimed by single-earner and dual-earner families, and what would the net income of these families be? The values in Column 1 represent the amount claimed by these two family types, while the values in Column 2 represent the impact of these benefits on net income and reflect both the federal and provincial tax impact, using Ontario as an example. Assume that both families have the same household income of \$43,390 and have two children aged 7 and 9. Also assume that one family has a single earner and a stay-at-home parent, while the other family has two earners and has annual child care costs of \$6,000. In the case of the dual-earner family, assume that 60% of household income is earned by the head of the household, and 40% by the second earner.

	COLUMN 1	COLUMN 2
SINGLE-EARNER FAMILY		
NET INCOME: \$36,042		
Family Allowance	\$ 799.92	\$ 439.00
Personal Tax Credit	6,169.00 (x 0.17 = 1,048.73)	1,677.00
Married Tax Credit	5,141.00 (x 0.17 = 873.97)	1,397.00
Non-refundable Child Tax Credit	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00
Total Non-refundable Tax Credits	2,283.27	
Net Federal Tax	8,631.73	
Ontario Tax	4,357.10	
Total Tax Payable	12,988.83	
DUAL-EARNER FAMILY		
NET INCOME: \$34,319		
Family Allowance	\$ 799.92	\$ 439.00
Personal Tax Credit (head of family)	6,169.00 (x 0.17 = 1,048.73)	1,677.00
Personal Tax Credit (second earner)	6,169.00 (x 0.17 = 1,048.73)	1,677.00
Non-refundable Child Tax Credit	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00
Total Non-refundable Tax Credits	2,597.01	
Child Care Expense Deduction	4,000.00 (claimed)	1,705.00
Refundable Child Tax Credit	78.95	78.95
Net Federal Tax (head)	4,157.70	
Net Federal Tax (second earner)	1,565.29	
Ontario Tax (head)	2,098.30	
Ontario Tax (second earner)	790.20	
Total Tax Payable (head)	6,256.00	
Total Tax Payable (second earner)	2,355.49	
Total Tax Payable (family)	8,611.49	

Note: Total Non-refundable Tax Credits includes the value for Canada Pension Plan and Unemployment Insurance premium contributions.

TABLE 19
MINIMUM WAGE INCOME, AS AT 1 NOVEMBER 1991

Jurisdiction	Hourly minimum rate	Effective date	Annual Minimum Wage Income – One Earner	Annual Minimum Wage Income – Two Earners
Federal	\$4.00	26 May 1986	\$ 8,320	\$16,640
Alberta	4.50	1 September 1988	9,360	18,720
British Columbia	5.00	1 April 1990	10,400	20,800
Manitoba	5.00	1 March 1991	10,400	20,800
New Brunswick	5.00	1 October 1991	10,400	20,800
Newfoundland	4.75	1 April 1991	9,880	19,760
Nova Scotia	4.75	1 October 1991	9,880	19,760
Ontario	6.00	1 November 1991	12,480	24,960
Prince Edward Island	4.75	1 April 1991	9,880	19,760
Quebec	5.55	1 October 1991	11,544	23,088
Saskatchewan	5.00	1 July 1990	10,400	20,800
Northwest Territories	6.50	1 April 1991	13,520	27,040
Yukon	6.24	1 April 1991	12,979	25,958

Note : Minimum wage income is based on a 40-hour work week, and 52 weeks of work per year. The hourly minimum wage refers to the rate applicable to employees 18 years of age and over, except in the federal and Newfoundland jurisdictions, where the applicable age is 17 years and 16 years respectively. The hourly minimum wage rate in Nova Scotia will rise to \$5.00 effective 1 January 1992. The hourly minimum wage rate in the Northwest Territories is applicable to those who live along the N.W.T. Highway System; the minimum wage rate is \$7.00 per hour for employees elsewhere in the Northwest Territories.

TABLE 20

PROPOSED SIMULATIONS

SIMULATION A:

1. re-allocate federal Family Allowance funds to the refundable Child Tax Credit;
2. re-allocate non-refundable Child Tax Credit funds to the refundable Child Tax Credit;
3. re-allocate funds for the young child supplement under the refundable Child Tax Credit to the refundable Child Tax Credit;
4. change the values of the non-refundable basic personal, married, equivalent-to-married and age credits so that:
 - a) the basic personal credit has a value of \$5,500;
 - b) the married and equivalent-to-married credits have a value of \$5,500;
 - c) the age credit is increased in value by the amount of the decrease in the value of the basic personal credit.

re-allocate all tax revenues generated through these changes to increase the value of the refundable Child Tax Credit.

Assuming that the deductibility of child care expenses is eliminated, the Sub-Committee has estimated that the value of the refundable Child Tax Credit would rise to \$1,467. If the income reduction point were to remain unchanged, the Sub-Committee notes that the benefit would be available to families, depending on family size, in the following manner:

Rate	<i>Income Reduc- tion Point</i>	<i>Income Cut-off Points</i>				
		<i>1 child</i>	<i>2 children</i>	<i>3 children</i>	<i>4 children</i>	<i>5 children</i>
\$1,467	\$25,215	\$54,555	\$83,895	\$113,235	\$142,575	\$171,915

SIMULATION B:

1. re-allocate federal Family Allowance funds to the refundable Child Tax Credit;
2. re-allocate non-refundable Child Tax Credit funds to the refundable Child Tax Credit;
3. re-allocate funds for the young child supplement under the refundable Child Tax Credit to the refundable Child Tax Credit;
4. change the values of the non-refundable basic personal, married, equivalent-to-married and age credits so that:
 - a) the basic personal credit has a value of \$5,500;
 - b) the married and equivalent-to-married credits have a value of \$5,500;
 - c) the age credit is increased in value by the amount of the decrease in the value of the basic personal tax credit.

re-allocate all tax revenues generated through these changes to increase the value of the refundable Child Tax Credit.

5. change the income reduction rate under the refundable Child Tax Credit to 10%.

Assuming that the deductibility of child care expenses is eliminated, the Sub-Committee has estimated that the value of the refundable Child Tax Credit would rise to \$1,854. If the income reduction point were to remain unchanged, the Sub-Committee notes that the benefit would be available to families, depending on family size, in the following manner:

<i>Rate</i>	<i>Income Reduction Point</i>	<i>Income Cut-off Points</i>				
		<i>1 child</i>	<i>2 children</i>	<i>3 children</i>	<i>4 children</i>	<i>5 children</i>
\$1,854	\$25,215	\$43,755	\$62,295	\$80,835	\$99,375	\$117,915

SIMULATION C:

1. re-allocate federal Family Allowance funds to the refundable Child Tax Credit;
2. re-allocate non-refundable Child Tax Credit funds to the refundable Child Tax Credit;
3. re-allocate funds for the young child supplement under the refundable Child Tax Credit to the refundable Child Tax Credit;
4. change the values of the non-refundable basic personal and age credits so that:
 - a) the basic personal tax credit has the same value as the married and equivalent-to-married tax credits;
 - b) the age credit is increased in value by the amount of the decrease in the value of the basic personal credit.

re-allocate all tax revenues generated through these changes to increase the value of the refundable Child Tax Credit.

Assuming that the deductibility of child care expenses is eliminated, the Sub-Committee has estimated that the value of the refundable Child Tax Credit would rise to \$1,544. If the income reduction point were to remain unchanged, the Sub-Committee notes that the benefit would be available to families, depending on family size, in the following manner:

<i>Rate</i>	<i>Income Reduction Point</i>	<i>Income Cut-off Points</i>				
		<i>1 child</i>	<i>2 children</i>	<i>3 children</i>	<i>4 children</i>	<i>5 children</i>
\$1,544	\$25,215	\$56,095	\$86,975	\$117,855	\$148,735	\$179,615

The Sub-Committee also notes that, with regard to its proposal for a refundable Child Care Expense Tax Credit, if the income reduction point were to be the same as that under the refundable Child Tax Credit and the refundable Goods and Services Tax Credit, the benefit would be available to families claiming the maximum allowable receipted child care expenses, depending on family size, in the following manner:

<i>Rate</i>	<i>Income Reduction Point</i>	<i>Income Cut-off Points</i>				
		<i>1 child</i>	<i>2 children</i>	<i>3 children</i>	<i>4 children</i>	<i>5 children</i>
\$3,000	\$25,215	\$55,215	\$85,215	\$115,215	\$145,215	\$175,215
\$1,500	\$25,215	\$40,215	\$55,215	\$ 70,215	\$ 85,215	\$100,215

Note: This analysis is based on Statistic Canada's Social Policy Simulation Database and Model (SPSD/M) Version 4.1. The assumptions and calculations underlying the simulation results were prepared by Finn Poschmann of the Research Branch, Library of Parliament, at the instruction of the Sub-Committee, and the responsibility for the use and interpretation of these data is entirely that of the authors.

APPENDIX B

List of Witnesses

	ISSUE No.	DATE
Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality (St. John's, Nfld.) Debbie Redfern, Member Karen Youden, Member Ian Penney, Member	13	March 20, 1991
Assembly of First Nations Ovide Mercredi, Regional Chief	11	February 27, 1991
Canada Mortgage and Housing Corporation Robert Lajoie, Policy and Corporate Relations	3	March 7, 1990
Canadian Association of Food Banks David Northcott, Chairperson, Board of Directors Gerard Kennedy, National Spokesperson Nadya Larouche, Quebec Regional Representative	11	February 27, 1991
Canadian Coalition for the Prevention of Developmental Disabilities Dr. Graham W. Chance, Chairman	12	March 6, 1991
Canadian Council on Children and Youth Landon Pearson, Chairperson Marion Dewar, Executive Director Dr. Robin Walker, Queen's University Cathy Knox, Department of Justice of Newfoundland	9	February 5, 1991
Canadian Institute of Child Health Dr. Denise Avard, Acting President Dr. Cheryl Levitt, Member of the Board of Directors	9	February 5, 1991

	ISSUE No.	DATE
Canadian Labour Congress Shirley Carr, President Dawn Ventura, National Director Cindy Wiggins, National Representative	10	February 6, 1991
Canadian Teachers' Federation Kitty O'Callaghan, President Heather-Jane Robertson, Director, Professional Development Services	8	December 12, 1990
Catholic Children's Aid Society of Metro Toronto Dr. Colin Maloney, Executive Director	9	February 5, 1991
Child Poverty Action Group (Ottawa-Carleton Chapter) Michael McCulloch, Social Policy Consultant Helen Saravanmuttoo, Chairperson	6	November 28, 1990
Child Poverty Action Group (Toronto) Brigitte Kitchen, Professor, York University Mary Pat MacKinnon, Social Planning Consultant Susan Zytaruk, Consultant in Social Services	6	November 28, 1990
Children's Aid Society of Metropolitan Toronto Chris Stringer, President, Board of Directors Bruce Rivers, Executive Director	10	February 6, 1991
Children's Aid Society of Ottawa-Carleton Mell Gill, Executive Director Tina Gowers, parent Ross, teenager Liz, teenager	13	March 20, 1991
Conseil des affaires sociales du Québec Madeleine Blanchet, President Yvon Leclerc, General Secretary	10	February 6, 1991

	ISSUE No.	DATE
Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Géraldine Hutton, General Director Claude Barriault, Research Advisor André Lussier, Priorities Branch	9	February 5, 1991
DALHOUSIE Health and Community Services (Ottawa) Jack T. McCarthy, Executive Director Aline Akeson, Community Developer Dennis Leuycki, Board Member Cathy Munroe, Board Member	10	February 6, 1991
*Dooley, Martin D. (McMaster University)	9	February 5, 1991
*Dougherty, Dr. Geoff (Montreal Children's Hospital)	13	March 20, 1991
Economic Council of Canada Harvey Lazar, Deputy Chairman Dave Beavis, Senior Research Associate	9	February 5, 1991
End Legislated Poverty (Vancouver) Linda Marcotte, Food Program Antoinette Naffaa, Burnaby Child Poverty Committee Karen Shillington, Association for Better Communities in Nanaimo	9	February 5, 1991
Equal Justice for All (Saskatoon) Diane Gauthier Mildred Kerr Sheila Blascoe	13	March 20, 1991
Family Service Canada Trevor Williams, President and Chief Executive Officer	13	March 20, 1991
*Harder, Sandra (Library of Parliament)	5	May 30, 1990
Housing, Minister of State, Hon. Alan Redway	3	March 7, 1990

	ISSUE No.	DATE
*Marsden, Hon. Lorna, Senator	5	May 30, 1990
Moncton Headstart Program Claudette Bradshaw, Executive Director	10	February 6, 1991
*Moscovitch, Allan (Carleton University)	7	December 5, 1990
National Council of Welfare Ann Gagnon, Chairman Ken Battle, Director Steve Kerstetter, Assistant Director	4	April 11, 1990
National Health and Welfare, Department Hon. Perrin Beatty, Minister Gregory J. Sherman, Health Protection Branch	8 2	December 12, 1990 February 21, 1990
Native Council of Canada Dan Smith, Vice-President Dorothy McCue, National Health Coordinator Conrad Saulis, Child Care Coordinator	9	February 5, 1991
Nova Scotia Nutrition Council Elizabeth Shears, Member of the Executive	10	February 6, 1991
Ontario, Ministry of Community and Social Services Hon. Zanana L. Akande, Minister Ken Nash, Intergovernmental Affairs	9	February 5, 1991
Ottawa Board of Education, Focus-on-Future Schools Advisory Committee Joan Gullen, Chairperson Bonnie Dinning, Queensway Community Health Clinic Harriet Lang, Trustee Debbie Morey, Parent Denise Mattock, Coordinator of Inner City Conference for 1990-1991	9	February 5, 1991
Ottawa-Carleton Day Care Association Diane Blenkiron, President	10	February 6, 1991

	ISSUE No.	DATE
Ottawa-Carleton Headstart Association for Pre-Schools	10	February 6, 1991
Shelagh Simmons, President		
Ottawa Council for Low Income Support Services	10	February 6, 1991
Roberta Desormeaux, Second Vice-President		
Claire Béland, Board Member		
Private Home Day Care Association of Ontario	10	February 6, 1991
Rosemary Somers, President		
Leslie Atkinson, Executive Director		
*Ross, David	1	February 8, 1990
*Shillington, Richard	1	February 8, 1990
Social Planning and Research Council of British Columbia	9	February 5, 1991
Michael Goldberg, Research Director		
Social Planning Council of Edmonton, Income Security Action Committee	13	March 20, 1991
Jennifer Hyndman		
Joan Linder, Moms on Minimal Income (MOMI)		
Jonathan Murphy, Court Challenges Sub-Committee		
Social Planning Council of Winnipeg	10	February 6, 1991
Renate Bublick, Executive Director		
Statistics Canada		
Russell Wilkins, Canadian Centre for Health Information	2	February 21, 1990
Michael Wolfson, Analytical Studies Branch	10	February 6, 1991

	ISSUE No.	DATE
Vanier Institute of the Family	9	February 5, 1991
Dr. Robert Glossop, Coordinator of Programs and Research		
Alan Mirabelli, Coordinator of Administration		
*Waller, Irvin (University of Ottawa)	13	March 20, 1991

*** Appeared as individual**

List Of Individuals And Organizations Having Submitted Briefs

Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality (St. John's, Nfld.)

Canadian Coalition for the Prevention of Developmental Disabilities

Canadian Council on Children and Youth

Canadian Council on Social Development

Canadian Institute of Child Health

Canadian Labour Congress

Canadian Teachers' Federation

Centre de Ressources de la Basse-Ville (Ottawa)

Child Poverty Action Group (Edmonton)

Child Poverty Action Group (Ottawa-Carleton Chapter)

Children's Aid Society of Metropolitan Toronto

Children's Aid Society of Ottawa-Carleton

Conseil des affaires sociales du Québec

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

DALHOUSIE Health and Community Services (Ottawa)

Economic Council of Canada

End Legislated Poverty (Vancouver)

Equal Justice for All (Saskatoon)

Metro Action Group on Child Poverty (Toronto)

Moscovitch, Allan (Carleton University)

National Council of Welfare

Native Council of Canada

Nova Scotia Nutrition Council

Ottawa Board of Education, Focus-on-Future Schools Advisory Committee
and Focus-on-Future Schools Principals' Committee

Ottawa-Carleton Day Care Association (2 briefs)

Ottawa Council for Low Income Support Services

Private Home Day Care Association of Ontario

Riches, Graham (University of Regina)

Shah, Dr. Chandrakant P. (University of Toronto) (2 briefs)

Social Planning and Research Council of British Columbia

Social Planning Council of Edmonton, Income Security Action Committee

Social Planning Council of Winnipeg

Vanier Institute of the Family

Request for Government Response

Your Committee requests that the Government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 5 which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE
Chair

Minutes of Proceedings

TUESDAY, DECEMBER 3, 1991

(8)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met in camera at 9:42 o'clock a.m., this day, in Room 307, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Bobbie Sparrow, and David Walker.

Acting Members present: Chris Axworthy for Jim Karpoff; Alan Redway for Stan Wilbee.

Other Member present: Ken James.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: June Dewetering, Research Officer.

The Chair presented the First Report of the Sub-Committee on Poverty.

It was agreed, — That, Alan Redway take the Chair for this day's meeting.

It was moved — That the Committee receive the report and instruct the Chair to present it to the House.

After debate, the question being put on the motion, it was, by a show of hands, negatived:
YEAS: 1; NAYS: 3.

It was moved, — That the Report be immediately referred back to the Sub-Committee on Poverty for further study.

After debate the Chair ruled the motion out of order citing the lack of notice and the lack of quorum for the Sub-Committee to make any decisions.

The Committee proceeded to the consideration of the report of the Sub-Committee on Poverty.

It was moved, — That the Committee ask the Chair to present the First Report of The Sub-Committee on the Poverty, as amended, as the Second Report of the Standing Committee to the House of Commons.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to, on division.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

It was agreed, — That, the Committee print 5,000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

It was agreed, — That, the Committee authorize the Chair to present this Report to the House on Thursday, December 12, 1991.

At 1:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski
Clerk of the Committee

Il est convenu, — Que le Comité autorise la présidente à présenter le rapport à la Chambre, le jeudi 12 décembre 1991.

À 13 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

Procès-verbal

LE MARDI 3 DÉCEMBRE 1991

(8)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 9 h 42, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Barbara Sparrow, David Walker.

Membres suppléants présents: Chris Axworthy remplace Jim Karpoff; Alan Redway remplace Stan Wilbee.

Autre député présent: Ken James.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* June Dewetering, attachée de recherche.

La présidente présente le premier rapport du Sous-comité de la pauvreté.

Il est convenu, — Que Alan Redway assume la présidence de la réunion d'aujourd'hui.

Il est proposé, — Que le Comité accepte le rapport et demande à la présidente de la présenter à la Chambre.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est rejetée par 3 voix contre 1.

Il est proposé, — Que le rapport soit renvoyé sur-le-champ au Sous-comité de la pauvreté.

Après discussion, le président déclare la motion irrecevable pour défaut de préavis et absence de quorum au Sous-comité.

Le Comité examine le rapport du Sous-comité de la pauvreté.

Il est proposé, — Que la présidente présente à la Chambre le premier rapport, modifié, du Sous-comité qui devient le deuxième rapport du Comité.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée avec dissidence.

Il est convenu, — Qu'en application de l'article 109, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 5 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture distincte.

Demande de réponse du Gouvernement

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (fascicule n° 5 qui comprend
présent rapport) est déposé.

Respectueusement soumis,

Présidence,

BARBARA GREENE

Institut canadien de la santé infantile
Institut Vanier de la famille
Metro Action Group on Child Poverty (Toronto)
Moscovitch, Allan (Université Carleton)
Nova Scotia Nutrition Council
Ottawa-Carleton Day Care Association (2 mémoires)
Private Home Day Care Association of Ontario
Riches, Graham (Université de Regina)
Services communautaires et de santé DALHOUSIE (Ottawa)
Shah, Dr. Chandrakant P. (Université de Toronto) (2 mémoires)
Social Planning and Research Council of British Columbia
Social Planning Council of Edmonton, Income Security Action Committee
Social Planning Council of Winnipeg
Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa-Carleton

ANNEXE C

Liste des particuliers et des organismes qui ont soumis un mémoire

Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality (Saint-Jean, T.-N.)

Centre de Ressources de la Basse-Ville (Ottawa)

Child Poverty Action Group (Edmonton)

Child Poverty Action Group (section d'Ottawa-Carleton)

Children's Aid Society of Metropolitan Toronto

Coalition canadienne pour la prévention des problèmes du développement

Congrès du travail du Canada

Conseil canadien de développement social

Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse

Conseil des affaires sociales du Québec

Conseil des services d'appui aux familles à faible revenu d'Ottawa

Conseil économique du Canada

Conseil national des autochtones du Canada

Conseil national du bien-être social

Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Conseil scolaire d'Ottawa, Comité consultatif des écoles du projet Avenir et Comité des directeurs et directrices d'écoles du projet Avenir

End Legislated Poverty (Vancouver)

Equal Justice for All (Saskatoon)

Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants

20 mars 1991	13	<i>Social Planning Council of Edmonton, Income Security Action Committee</i> Jennifer Hyndman Joan Linder, <i>Moms on Minimal Income (MOMI)</i> Jonathan Murphy, <i>Court Challenges</i> Sub-Committee
6 février 1991	10	<i>Social Planning Council of Winnipeg</i> Renate Bublick, directrice administrative
7 mars 1990	3	<i>Société canadienne d'hypothèques et de logement</i> Robert Lajoie, Politique et relations
20 mars 1991	13	<i>Société d'aide à l'enfance d'Ottawa-Carleton</i> Mell Gill, directeur administratif Tina Gowers, parent Ross, adolescent Liz, adolescente
21 février 1990	2	Russell Wilkins, Centre canadien de l'information sur la santé Michael Wolfson, Direction des études analytiques
6 février 1991	10	
20 mars 1991	13	<i>*Waller, Irvin (Université d'Ottawa)</i>
		<i>* a comparu à titre particulier</i>

DATE	FASCICULE N°	
6 février 1991	10	Ottawa-Carleton Day Care Association Diane Blenkiron, présidente
6 février 1991	10	Ottawa-Carleton Headstart Association for Pre-Schools Shelagh Simmons, présidente
6 février 1991	10	Private Home Daycare Association of Ontario Rosemary Somers, présidente Leslie Atkinson, directrice administrative
8 février 1990	1	*Ross, David Santé nationale et Bien-être social, ministère
12 décembre 1990	8	L'hon. Perrin Beatty, ministre Gregory J. Sherman, Direction générale de la protection de la santé
21 février 1990	2	Services à la famille Canada Trevor Williams, président et directeur général
20 mars 1991	13	Services communautaires et de santé (Ottawa) Jack McCarthy, directeur administratif Aline Akeson, agent de développement communautaire Dennis Leuycki, membre du conseil Cathy Munroe, membre du conseil
6 février 1991	10	*Shillington, Richard
8 février 1990	1	
5 février 1991	9	Social Planning and Research Council of British Columbia Michael Goldberg, directeur de la recherche

Equal Justice for All (Saskatoon)	13	20 mars 1991	Diane Gauthier Mildred Kerr Sheila Blascoe	Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants	Kitty O'Callaghan, présidente Heather-Jane Robertson, Services de perfectionnement professionnel	Habitation, ministre d'État, l'hon. Alan Redway	*Harder, Sandra (Bibliothèque du Parlement)	5	5 mai 1990	Institut canadien de la santé infantile Denise Avaré, présidente interimaire Cheryl Levitt, membre du conseil d'administration	9	5 février 1991	Institut Vanier de la famille Robert Glossop, coordonnateur des programmes et de la recherche Alan Mirabelli, coordonnateur de l'administration	9	5 février 1991	*Marsden, l'honorable Lorna (sénatrice)	5	5 mai 1990	Moncton Headstart Program Claudette Bradshaw, directrice administrative	10	6 février 1991	*Moscovitch, Allan (Université Carleton)	7	5 décembre 1990	Nova Scotia Nutrition Council Elizabeth Shears, membre du conseil	10	6 février 1991	Ontario, ministère des Services communautaires et sociaux L'hon. Zanana L. Akande, ministre Ken Nash, Affaires intergouvernementales	9	5 février 1991
--	----	--------------	--	--	--	---	---	---	------------	--	---	----------------	--	---	----------------	--	---	------------	---	----	----------------	---	---	-----------------	---	----	----------------	---	---	----------------

DATE

FASCICULE N°

DATE	FASCICULE N°	
5 février 1991	9	<p>Conseil national des autochtones du Canada</p> <p>Dan Smith, vice-président Dorothy McCue, coordonnatrice nationale de la santé Conrad Saulis, coordonnateur des soins aux enfants</p>
11 avril 1990	4	<p>Conseil national du bien-être social</p> <p>Ann Gagnon, présidente Ken Battle, directeur Steve Kerstetter, directeur adjoint</p>
5 février 1991	9	<p>Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais</p> <p>Géraldine Hutton, directrice générale Claude Barrault, conseiller en recherche André Lussier, Direction des priorités</p>
5 février 1991	9	<p>Conseil scolaire d'Ottawa, Comité consultatif des écoles du projet Avenir</p> <p>Joan Gulien, présidente Bonnie Dinning, Clinique de santé communautaire Queensway Harriet Lang, conseillère Debbie Morey, parent Denise Mattock, coordonnatrice de la Conférence «Quartier défavorisé» de la ville pour 1990-1991</p>
5 février 1991	9	<p>*Dooley, Martin D. (Université McMaster)</p>
20 mars 1991	13	<p>*Dougherty, Dr Geoff (Hôpital pour enfants de Montréal)</p>
5 février 1991	9	<p>End Legislated Poverty (Vancouver)</p> <p>Linda Marcotte, programme alimentaire Antoinette Naffaa, Comité de la pauvreté chez les enfants de Burnaby Karen Shillington, Association for Better Communities in Nanaimo</p>

10	6 février 1991	<i>Children's Aid Society of Metropolitan Toronto</i> Chris Stringer, président du conseil d'administration Bruce Rivers, directeur administratif
12	6 mars 1991	Coalition canadienne pour la prévention des problèmes du développement Dr Graham W. Chance, président
10	6 février 1991	Congrès du travail du Canada Shirley Carr, présidente Dawn Ventura, directrice nationale Cindy Wiggins, représentante nationale
9	5 février 1991	Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse Landon Pearson, présidente Marion Dewar, directrice administrative Dr Robin Walker, Université Queen's Cathy Knox, ministère de la Justice de Terre-Neuve
10	6 février 1991	Conseil des affaires sociales du Québec Madeleine Blanchet, présidente Yvon Leclerc, secrétaire général
10	6 février 1991	Conseil des services d'appui aux familles à faible revenu d'Ottawa Roberta Desormeaux, deuxième vice-présidente Claire Bêland, membre
9	5 février 1991	Conseil économique du Canada Harvey Lazar, président associé Dave Beavis, associé de recherche principal

ANNEXE B

Liste des témoins

DATE	FASCICULE N°	
20 mars 1991	13	<i>Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality</i> (Saint-Jean, T.-N.) Debbie Redfern, membre Karen Youden, membre Ian Penney, membre
27 février 1991	11	<i>Assemblée des Premières nations</i> Ovide Mercredi, chef régional
27 février 1991	11	<i>Association canadienne des banques alimentaires</i> David Northcott, président, conseil d'administration Gérard Kennedy, porte-parole national Nadya Larouche, représentante nationale du Québec
5 février 1991	9	<i>Catholic Children's Aid Society of Metro Toronto</i> Dr Colin Maloney, directeur administratif
28 novembre 1990	6	<i>Child Poverty Action Group</i> (section Ottawa-Carleton) Michael McCulloch, consultant en politique sociale Helen Saravannuttou, présidente
28 novembre 1990	6	<i>Child Poverty Action Group</i> (Toronto) Brigitte Kitchen, professeur, Université York Mary Pat MacKinnon, consultante en planification sociale Susan Zytaruk, consultante en services sociaux

En supposant que la déductibilité des frais de garde des enfants soit éliminée, le Sous-comité estime que la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable monterait à 1 544 \$. Si le seuil de revenu au-delà duquel les allocations sont réduites devait rester inchangé, le Sous-comité note que les familles, selon leur taille, en bénéficieraient de façon suivante :

Seuil de					
réduction des			Seuil de revenu trop élevé		
Taux	allocations		1 enfant	2 enfants	3 enfants
1 544 \$	25 215 \$	56 095 \$	86 975 \$	117 855 \$	148 735 \$
			4 enfants	5 enfants	
					179 615 \$

Le Sous-comité note également qu'à l'égard de sa proposition relative à un crédit d'impôt pour frais de garde des enfants, si le seuil de réduction des allocations devait être le même que celui prévu au titre du crédit d'impôt pour enfants remboursable et du crédit pour taxe sur les produits et services, les familles déclarant le maximum des frais de garde des enfants, autorisés avec reçus, en bénéficieraient, selon leur taille, de la façon suivante :

Seuil de					
réduction des			Seuil de revenu trop élevé		
Taux	allocations		1 enfant	2 enfants	3 enfants
3 000 \$	25 215 \$	55 215 \$	85 215 \$	115 215 \$	145 215 \$
1 500 \$	25 215 \$	40 215 \$	55 215 \$	70 215 \$	85 215 \$
					100 215 \$

Note : Cette analyse est fondée sur la base des données et le modèle de simulation de politique sociale de Statistique Canada (SPSD/M) version 4.1. Les suppositions et les calculs sous-jacents aux résultats des simulations ont été préparés par Finn Poschmann du Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, sous la direction du Sous-comité, l'utilisation et l'interprétation de ces données engagent uniquement la responsabilité des auteurs.

4. changer les valeurs des crédits non remboursables suivants : le crédit personnel de base, le crédit de personne mariée et le crédit équivalent pour personne entièrement à charge, ainsi que le crédit de personne âgée, non remboursables de façon que :

- a) le crédit personnel de base ait une valeur de 5 500 \$;
- b) le crédit de personne mariée et le crédit équivalent pour personne entièrement à charge aient une valeur de 5 500 \$;
- c) le crédit de personne âgée augmente d'un montant correspondant à la diminution de la valeur du crédit personnel de base.

réaffecter toutes les recettes fiscales produites par ces changements pour augmenter la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable.

- 5. fixer le seuil de réduction des allocations au titre du crédit d'impôt pour enfants remboursable à 10 p. 100.

En supposant que la déductibilité des frais de garde des enfants soit éliminée, le Sous-comité estime que la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable monterait à 1 854 \$. Si le seuil du revenu au-delà duquel les allocations sont réduites devait rester inchangé, le Sous-comité note que les familles, selon leur taille, en bénéficieraient de façon suivante :

Seuil de réduction des allocations		Seuil de revenu trop élevé	
Taux	1 854 \$	1 enfant	43 755 \$
allocations	25 215 \$	2 enfants	62 295 \$
		3 enfants	80 835 \$
		4 enfants	99 375 \$
		5 enfants	117 915 \$

SIMULATION C

- 1. réaffecter les fonds fédéraux des allocations familiales au crédit d'impôt pour enfants remboursable;

- 2. réaffecter les fonds du crédit d'impôt pour enfants non remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;

- 3. réaffecter les fonds du supplément de jeune enfant au titre du crédit d'impôt pour enfants remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;

- 4. changer les valeurs du crédit personnel de base et du crédit de personne âgée, non remboursables, de façon que :

- a) le crédit personnel de base ait la même valeur que le crédit de personne mariée et que le crédit équivalent pour personne entièrement à charge;
- b) le crédit de personne âgée soit augmenté d'un montant correspondant à la diminution de la valeur du crédit personnel de base.

réaffecter toutes les recettes fiscales produites par ces changements de façon à augmenter la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable.

TABEAU 20

SIMULATIONS PROPOSÉES

SIMULATION A

1. réaffecter les fonds fédéraux des allocations familiales au crédit d'impôt pour enfants remboursable;
2. réaffecter les fonds du crédit d'impôt pour enfants non remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;
3. réaffecter les fonds du supplément pour jeune enfant au titre du crédit d'impôt pour enfants remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;
4. changer les valeurs des crédits non remboursables suivants : le crédit personnel de base, le crédit de personne mariée, le crédit équivalent pour personne entièrement à charge et le crédit de personne âgée, de façon que :

- a) le crédit personnel de base ait une valeur de 5 500 \$;
- b) le crédit de personne mariée et le crédit équivalent pour personne entièrement à charge aient une valeur de 5 500 \$
- c) le crédit de personne âgée soit augmenté d'un montant correspondant à la baisse de la valeur du crédit personnel de base.

réaffecter toutes les recettes fiscales produites par ces changements de façon à augmenter la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable.

En supposant que la déductibilité des frais de garde des enfants soit éliminée, le Sous-comité estime que la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable monterait à 1 467 \$. Si le seuil du revenu au-delà duquel les allocations sont réduites devait rester inchangé, le Sous-comité note que les familles, selon leur taille, en bénéficieraient de la façon suivante :

Seuil de		Seuil de revenu trop élevé				
Taux	réduction des allocations	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants
		54 555 \$	83 895 \$	113 235 \$	142 575 \$	171 915 \$

SIMULATION B

1. réaffecter les fonds fédéraux des allocations familiales au crédit d'impôt pour enfants remboursable;
2. réaffecter les fonds du crédit d'impôt pour enfants non remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;
3. réaffecter les fonds du supplément de jeune enfant au titre du crédit d'impôt pour enfants remboursable au crédit d'impôt pour enfants remboursable;

TABLEAU 19

REVENU AU SALAIRE MINIMUM, AU 1^{er} NOVEMBRE 1991

Champ de compétence	Salaire horaire minimum	Date d'entrée en vigueur	Revenu annuel Salaire minimum 1 soutien fam.	Revenu annuel Salaire minimum 2 soutiens fam.
Fédéral	4.00 \$	26 mai 1986	8 320 \$	16 640 \$
Alberta	4.50	1 ^{er} septembre 1988	9 360	18 720
Colombie-Britannique	5.00	1 ^{er} avril 1990	10 400	20 800
Manitoba	5.00	1 ^{er} mars 1991	10 400	20 800
Nouveau-Brunswick	5.00	1 ^{er} octobre 1991	10 400	20 800
Terre-Neuve	4.75	1 ^{er} avril 1991	9 880	19 760
Nouvelle-Écosse	4.75	1 ^{er} octobre 1991	9 880	19 760
Ontario	6.00	1 ^{er} novembre 1991	12 480	24 960
Ile-du-Prince-Édouard	4.75	1 ^{er} avril 1991	9 880	19 760
Québec	5.55	1 ^{er} octobre 1991	11 544	23 088
Saskatchewan	5.00	1 ^{er} juillet 1990	10 400	20 800
Territoires du Nord-Ouest	6.50	1 ^{er} avril 1991	13 520	27 040
Yukon	6.24	1 ^{er} avril 1991	12 979	25 958

Note : Le revenu au salaire minimum est basé sur une année de travail de 52 semaines de 40 heures chacune. Le taux de traitement horaire minimum désigne le taux applicable aux employés âgés de 18 ans et plus, à l'exception des employés du gouvernement fédéral et de Terre-Neuve, où le taux s'applique aux employés âgés de 17 ans et 16 ans respectivement. En Nouvelle-Écosse, le taux de traitement horaire minimum passera à 5 \$ à compter du 1^{er} janvier 1992. Dans les territoires du Nord-Ouest, le taux de traitement horaire minimum est appliqué aux travailleurs qui vivent à proximité de la route des territoires du Nord-Ouest. Ailleurs dans les Territoires, le taux de rémunération horaire minimum est de 7 \$.

TABLEAU 18
REVENU NET : FAMILLE À DEUX REVENUS
COMPARATIVEMENT À FAMILLES À UN REVENU

Quelles prestations pour enfants prévues par le système fédéral de fiscalité et de transferts seraient réclamées par les familles à deux revenus et les familles à un revenu, et quel serait le revenu net de ces familles? Les chiffres dans la colonne 1 indiquent le montant réclamé par ces deux types de familles tandis que les valeurs dans la colonne 2 indiquent l'effet de ces prestations sur le revenu net et leur impact sur l'impôt fédéral et provincial, en prenant l'Ontario comme exemple. Supposons que les deux familles ont le même revenu familial de 49 390 \$ et qu'elles ont deux enfants âgés de 7 et 9 ans. Supposons aussi qu'une famille a un seul gagne-pain et que l'autre parent reste à la maison, tandis que l'autre famille a deux revenus et des frais annuels de garde des enfants de 6 000 \$. Dans le cas de la famille à deux revenus, supposons que 60 p. 100 du revenu familial est gagné par le chef de famille et 40 p. 100 par la deuxième personne qui a un travail rémunéré.

	COLONNE 1	COLONNE 2
--	-----------	-----------

FAMILLE À UN REVENU	
REVENU NET : 36 042 \$	
Allocations familiales	439.00 \$
Crédit d'impôt personnel	1 677.00
Crédit d'impôt de personne mariée	1 397.00
Crédit d'impôt pour enfants	
non remboursable	
Total des crédits d'impôt non	217.00
remboursables	
Impôt fédéral net	2 283.27
Impôt de l'Ontario	8 631.73
Impôt total à payer	12 988.83

FAMILLE À DEUX REVENUS	
REVENU NET : 34 319 \$	
Allocations familiales	439.00 \$
Crédit d'impôt personnel (chef de famille)	1 677.00
Crédit d'impôt personnel (deuxième parent)	1 677.00
Crédit d'impôt pour enfants	
non remboursable	
Total des crédits d'impôt non	217.00
remboursables	
Déduction pour frais de garde des enfants	
Crédit d'impôt pour enfants	
des enfants	
4 000.00 (incidence fiscale)	1 705.00
Crédit d'impôt pour enfants	
remboursable	
Impôt fédéral net (chef de famille)	78.95
Impôt fédéral net (deuxième parent)	1 565.29
Impôt de l'Ontario (chef de famille)	2 098.30
Impôt de l'Ontario (deuxième parent)	790.20
Impôt total à payer (chef de famille)	6 256.00
Impôt total à payer (deuxième parent)	2 355.49
Impôt total à payer (famille)	8 611.49

Note : Le total des crédits d'impôt non remboursables comprend la valeur des cotisations au Régime de pensions du Canada et des primes d'assurance-chômage.

TABEAU 17

**ÉVOLUTION DE LA VALEUR DE LA DÉDUCTION
DES FRAIS DE GARDE D'ENFANT**

ANNÉE D'IMPOSITION	MINIMUM	MAXIMUM PAR FAMILLE
1972-1975	500 \$	2 000 \$
1976-1982	1 000	4 000
1983-1987	2 000	8 000
1988-1990	2 000/4 000 ¹	—

¹ 2 000 \$ pour les enfants de 7 à 14 ans; 4 000 \$ pour chaque enfant de moins de 7 ans.

Source : Statistiques fiscales (annuelles) 1963-1982 et Guide général de déclaration d'impôt (1981 et 1982), Revenu Canada-impôt, préparées par Développement des données et analyse, Direction des programmes de la sécurité du revenu, Santé et Bien-être social Canada.

**ÉVOLUTION DE LA VALEUR DES CRÉDITS NON REMBOURSABLES
PERSONNELS, DE PERSONNE MARIÉE OU L'ÉQUIVALENT, DE
PERSONNE AGÉE, DE PERSONNE HANDICAPÉE,
POUR ENFANTS ET D'INFIRMITÉ**

TABEAU 16

ANNEE D'IMPOSITION	PERSONNEL	PERSONNE MARIÉE OU L'ÉQUIVALENT	PERSONNE AGÉE ¹	ENFANT À CHARGE ¹	AUTRE PERSONNE À CHARGE ²	PERSONNE HANDICAPÉE
1963-71	1 000 \$	1 000 \$	500 \$	300 \$	550 \$	500
1972	1 500	1 350	1 000	300	550	1 000
1973	1 600	1 400	1 000	300	550	1 000
1974	1 706	1 492	1 066	320	586	1 066
1975	1 878	1 644	1 174	352	646	1 174
1976	2 090	1 830	1 310	390	720	1 300
1977	2 270	1 990	1 420	430	780	1 420
1978	2 430	2 130	1 520	460	840	1 520
1979	2 650	2 320	1 660	500	910	1 660
1980	2 890	2 530	1 810	540	990	1 810
1981	3 170	2 780	1 980	590	1 090	1 980
1982	3 560	3 110	2 220	670	1 220	2 220
1983	3 770	3 300	2 360	710	1 300	2 360
1984	3 960	3 470	2 480	710	1 360	2 480
1985	4 140	3 630	2 590	710	1 420	2 590
1986	4 180	3 660	2 610	710	1 420	2 660
1987	4 220	3 770	2 640	560	1 200	2 890
1988 ⁴	6 000	5 000	3 236	388/776 ⁵	1 471	3 236
1989 ⁴	6 066	5 055	3 272	392/782 ⁵	1 487	3 272
1990 ⁴	6 169	5 655	2 327	399/798 ⁵	1 512	3 327

1 moins de 18 ans

2 18 ans et plus et handicapé

3 pour 1970 et 1971, personne âgée de 70 ans et plus

4 avant 1988, exemptions; après 1987, crédits non remboursables; les crédits non remboursables sont multipliés par 17 p. 100

5 le montant inférieur vaut pour chacun des deux premiers enfants de moins de 18 ans, le montant supérieur pour chaque enfant additionnel de moins de 18 ans.

Source : Statistiques fiscales, données annuelles (éditions 1963-1982) et Guide général de déclaration d'impôt (1987 et 1982), Revenu Canada-impôt, préparées par Développement des données et analyse, Direction des programmes de la sécurité du revenu, Santé et Bien-être social Canada.

TABLEAU 15

ÉVOLUTION DU MONTANT DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR ENFANTS
REBOURSALE

Seuil de revenu faisant perdre le crédit ²										
Revenu familial (constant 1989\$)	Revenu familial moyen (\$ cou-rants)	Taux	Seuil de réduction	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants		
1978	\$45 764	\$22 353	200	18 000	22 000	26 000	30 000	34 000	38 000	
1979	46 104	24 640	218	19 620	23 980	28 340	32 700	37 060	41 420	
1980	47 575	28 009	238	21 380	26 140	30 900	35 660	40 420	45 180	
1981	46 769	30 973	261	23 470	28 690	33 910	39 130	44 350	49 570	
1982	45 617	33 473	343	26 330	33 190	40 050	46 910	53 770	60 630	
1983	44 915	34 861	343	26 330	33 190	40 050	46 910	53 770	60 630	
1984	44 923	36 385	367	26 330	33 670	41 010	48 350	55 690	63 030	
1985	46 036	38 780	384	26 330	34 010	41 690	49 370	57 050	64 730	
1986	47 033	41 240	454	23 500	32 580	41 660	50 740	59 820	68 900	
1987	47 642	43 603	489	23 760	33 540	43 320	53 100	62 880	72 660	
1988	48 498	46 186	559	24 090	35 270	46 450	57 630	68 810	79 990	
1989	50 083	50 083	565	24 355	35 655	46 955	58 255	69 555	80 855	
1990	—	—	575	24 769	36 269	47 769	59 269	70 769	82 269	
			778 ³	—	40 329	55 889	71 449	87 009	102 569	

1 Montant du crédit pour enfants remboursable y compris le supplément pour les enfants de 6 ans ou moins; à noter que le montant du supplément pour chaque enfant admissible est réduit de 25 p. 100 de la déduction pour frais de garde des enfants demandée par enfant admissible pendant l'année.

2 Les seuils de revenu faisant perdre le crédit correspondent au revenu familial net à partir duquel le montant du crédit devient nul. À noter également que pour 1989 et 1990, la ligne supérieure se rapporte, lorsqu'il y a deux enfants ou plus, à une famille dont tous les enfants ont 7 ans ou plus, tandis que la ligne inférieure se rapporte à une famille dont tous les enfants ont 6 ans ou moins; les seuils de revenu faisant perdre le crédit diffèrent si la famille a deux enfants ou plus, si au moins un des enfants a 6 ans ou moins et si au moins un des enfants a 7 ans ou plus. À noter également que les seuils de revenu indiqués sur la ligne inférieure supposent qu'aucune déduction pour frais de garde des enfants n'est demandée.

3 Valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable y compris le supplément pour enfants de 6 ans et moins; la valeur du supplément pour chaque enfant admissible est réduite de 25 p. 100 du montant de la déduction pour frais de garde d'enfants demandée pour l'enfant au cours de l'année.

Source : Développement des données et Analyse, Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, Santé et Bien-être social, Canada.

TABLEAU 14

ÉVOLUTION DES PRESTATIONS DANS LE CADRE DU
PROGRAMME DES ALLOCATIONS FAMILIALES⁽¹⁾

A. 1945-1973				B. 1974-1991			
MONTANT DE LA PRESTATION				Revenu familial moyen			
NOMBRE D'ENFANTS				Allocation familiale par enfant			
8 +	6-7	5	1-4	Allocation mensuelle spéciale	Allocation mensuelle	Allocation mensuelle	Allocation mensuelle
2.00 \$	3.00 \$	4.00 \$	5.00 \$	20.00 \$	240.00 \$	20.00 \$	20.00 \$
3.00	4.00	5.00	6.00	22.08	264.96	22.08	22.08
4.00	5.00	6.00	7.00	22.08	264.96	22.08	22.08
5.00	6.00	7.00	8.00	23.89	286.68	23.89	23.89
6.00	6.00	6.00	6.00	25.68	308.16	25.68	25.68
7.00	7.00	7.00	7.00	27.99	240.00	20.00	27.99
8.00	8.00	8.00	8.00	30.51	261.60	21.80	30.51
6.00	6.00	6.00	6.00	33.53	287.52	23.96	33.53
7.00	7.00	7.00	7.00	37.65	322.92	26.91	37.65
8.00	8.00	8.00	8.00	41.87	342.24	28.52	41.87
6.00	6.00	6.00	6.00	44.68	359.40	29.95	44.68
7.00	7.00	7.00	7.00	46.65	375.24	31.27	46.65
8.00	8.00	8.00	8.00	47.12	383.16	31.58	47.12
6.00	6.00	6.00	6.00	48.31	388.56	32.38	48.31
7.00	7.00	7.00	7.00	49.72	399.96	33.33	49.72
8.00	8.00	8.00	8.00	50.61	407.16	33.93	50.61

1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989 ²	1990 ²	1991 ²
42,420 \$	42,881	45,636	44,702	45,764	46,104	47,575	46,769	45,617	44,915	44,923	46,036	47,033	47,642	48,498	50,083	—	—
14,833 \$	16,613	19,010	20,101	22,353	24,640	28,009	30,973	33,473	34,861	36,385	38,780	41,240	43,603	46,186	50,083	—	—
20.00 \$	22.08	22.08	23.89	25.68	20.00	21.80	23.96	26.91	28.52	29.95	31.27	31.58	31.93	32.38	32.74	33.33	33.93
240.00 \$	264.96	264.96	286.68	308.16	240.00	261.60	287.52	322.92	342.24	359.40	375.24	378.96	383.16	388.56	392.88	399.96	407.16

1 À noter que ce tableau se rapporte aux taux des allocations familiales fédérales, qui peuvent différer des taux en vigueur en Alberta et au Québec.

2 Les allocations familiales sont recouvrées des particuliers à revenu élevé à un taux de 15 p. 100 du revenu individuel ne dépassant 50 000 \$. Les remboursements équivalaient au tiers du montant à rembourser en 1989, aux deux tiers en 1990 et au montant complet en 1991. Depuis 1990, ce seuil de revenu de 50 000 \$ est indexé en fonction des hausses du coût de la vie supérieures à 3 p. 100.

Source : Adapté du tableau préparé par Développement des données et Analyse, Direction générale des programmes de la sécurité du revenu, Santé et Bien-être social Canada.

TABLEAU 13 (suite)

4	Quant aux prestations municipales, les taux applicables aux familles à deux parents sont fondés sur les taux en vigueur à Halifax en 1988. On a également tenu compte des hausses des allocations pour la nourriture entrées en vigueur en décembre 1990. Les assistés sociaux municipaux reçoivent souvent une somme supplémentaire de 40 \$ par mois pour les frais de transport reliés à l'emploi, mais l'allocation n'est pas versée automatiquement dans tous les cas.
5	On peut accorder une somme annuelle de 20 \$ par enfant pour l'achat de fournitures scolaires.
6	Nous avons décidé que la famille à deux parents relève du Programme de perfectionnement, de formation et de placement.
7	La famille à deux parents relève de la catégorie «participante» du programme Actions positives pour le travail et l'emploi. Les taux applicables au programme Actions positives pour le travail et l'emploi sont fondés sur les changements entrés en application le 1 ^{er} janvier 1990. Les taux d'aide applicables aux bénéficiaires du programme Actions positives pour le travail et l'emploi tiennent compte des ajustements effectués lors de l'harmonisation du régime d'aide sociale et du régime fiscal dans cette province.
8	Il est question de l'allocation pour frais scolaires de 46 \$ pour chaque enfant à charge fréquentant l'école primaire et de 93 \$ pour chaque enfant à charge fréquentant l'école secondaire. On inclut également la subvention mensuelle maximale pour le logement de 54 \$ pour une famille de quatre.
9	Il s'agit du montant combiné de l'allocation pour enfants à charge et de l'allocation pour vêtements d'hiver versés en nombre aux enfants à la charge des bénéficiaires de l'aide générale.
10	Les taux applicables aux familles à deux parents sont fondés sur des augmentations entrées en vigueur dans la ville de Winnipeg le 1 ^{er} octobre 1990. Les données tiennent compte aussi des hausses des allocations pour la nourriture entrées en vigueur le 20 avril 1990. Les bénéficiaires aptes au travail ont droit à l'allocation pour vêtements seulement à partir de la cinquième semaine.
11	Winnipeg accordait une allocation pour Noël de 13,05 \$ par personne seule ou chef de famille et de 7,90 \$ pour les autres membres de la famille.
12	On a soustrait des taux d'assistance indiqués le montant des allocations familiales fédérales. Seule la Saskatchewan soustrait formellement des taux d'assistance la valeur des allocations familiales. Les familles à faible revenu sont admissibles à un supplément aux termes du Régime de revenu familial. Les prestations sont déjà ajoutées aux taux d'assistance indiqués.
13	Il s'agit d'une somme visant à compenser les dépenses reliées à la fréquentation scolaire: 100 \$ pour les enfants de 14 ans et plus et 60 \$ pour les enfants de 6 à 13 ans.
14	Les particuliers aptes au travail en Alberta n'ont pas droit à une allocation pour les vêtements ou les frais de la maison (sauf à titre de besoin spécial) avant d'avoir été bénéficiaires pendant au moins trois mois consécutifs.
15	Le montant représente l'allocation pour Noël ainsi que pour le début de l'année scolaire.
16	Le revenu total d'aide sociale est la somme des prestations d'aide sociale de base et des prestations additionnelles. Souignons que, pour le Conseil national du bien-être social, la revenu total d'aide sociale comprend, outre les prestations d'aide sociale de base et les prestations additionnelles, les allocations familiales, le crédit d'impôt pour enfants, le crédit pour taxe de vente fédérale et les crédits pour taxes provinciales.

Source : Adapté des tableaux 2 et 3 de *Revenus de bien-être social*, 1990, Conseil national du bien-être social, automne 1991, p. 22-30, 35-37.

REVENU ANNUEL D'ASSISTANCE SOCIALE EN POURCENTAGE DU SEUIL DE PAUVRETÉ, COUPLE AVEC DEUX ENFANTS, 1989¹

TABLEAU 13

Revenu de bien-être social	total en % du seuil de pauvreté (année de base 1986)	Assistance sociale de base	Prestations supplémentaires	Seuil de pauvreté (année de base 1978)	Revenu de bien-être social total en % du seuil de pauvreté (année de base 1978) ¹⁶	Revenu de bien-être social total en % du seuil de pauvreté (année de base 1986)	1986) ¹⁶
T.-N.	11,480 \$	0 \$	24,601 \$	46,7 %	24,662 \$	46,5 %	
I.-P.-E. ²	14,769	1753	22,997	65,0	24,094	62,0	
N.-E. ⁴	11,950	405	24,601	48,7	24,662	48,6	
N.-B. ⁶	8,500	0	24,601	34,6	24,662	34,5	
Qc ⁷	13,188	7878	25,884	54,0	28,031	49,9	
Ont.	16,548	3669	25,884	65,3	28,031	60,3	
Man. ¹⁰	14,383	3711	25,884	55,7	28,031	51,4	
Sask. ¹²	13,860	16013	24,601	57,0	24,662	56,8	
Atl. ¹⁴	13,269	0	25,884	51,3	28,031	47,3	
C.-B.	12,743	15515	25,884	49,8	28,031	46,0	

- 1 Il s'agit des taux en vigueur en 1990. Les territoires ne sont pas inclus parce qu'ils sont expressément exclus des enquêtes servant à établir le seuil de pauvreté. Dans le calcul des taux d'assistance sociale de base, les taux applicables à la plus grande région municipale de la province ont été employés, des taux d'assistance à court terme ont été attribués aux personnes seules aptes au travail, on a supposé que les prestataires comprennent à recevoir des prestations sociales en janvier 1990 et continuent d'en recevoir pendant toute l'année, même si, dans les faits, de nombreux prestataires n'auraient pas été admissibles pendant aussi longtemps, on a supposé que les deux parents étaient aptes à l'emploi et que les prestataires étaient plutôt que propriétaires. L'assistance spéciale n'est indiquée que lorsqu'elle est fournie «automatiquement» à certains prestataires. Pour Terre-Neuve, les données tiennent compte de changements de taux entrés en vigueur le 1^{er} mai 1990. Pour Île-du-Prince-Édouard, les données tiennent compte de changements de taux entrés en vigueur le 1^{er} avril et le 1^{er} juillet 1990. Pour Nouveau-Brunswick, les montants tiennent compte de changements de taux entrés en vigueur le 1^{er} septembre 1990. Pour Ontario, les données se fondent sur les changements de taux entrés en vigueur le 1^{er} janvier 1990, dans le cadre du programme de prestations familiales et du programme d'aide sociale générale. Pour Saskatchewan, les données tiennent compte des hausses de taux entrées en vigueur le 1^{er} juin 1990 et des augmentations des taux du logement et des services publics entrées en application le 1^{er} juillet 1990. Pour Alberta, le nouveau régime de bien-être social est entré en vigueur en 1991; les taux indiqués ici sont fondés sur l'ancien système et sur des taux révisés en mai 1988. Pour Colombie-Britannique, les données tiennent compte des changements de taux entrés en application en août 1990.
- 2 Une allocation pour vêtements de 20 \$ par mois constituait la seule différence entre les taux d'aide à court et à long terme. La province a aboli le taux à court terme le 1^{er} avril et accorde à tous le taux qui inclut une allocation pour vêtements. Les données représentent donc les montants à l'ancien taux à court terme pour une période de trois mois et ceux du nouveau système incluant une allocation pour vêtements pour une période de neuf mois.
- 3 Cette allocation scolaire est accordée une fois l'an. Elle a été portée à 75 \$ pour les enfants de 6 à 11 ans et à 100 \$ pour les enfants de 12 ans ou plus le 1^{er} août 1989.

NOTES ACCOMPAGNANT LE TABLEAU 12

1. Les mêmes exceptions s'appliquent aux requérants de bien-être social.
2. Le revenu gagné bénéficie d'une exonération entière pendant le premier mois de travail à temps plein. Depuis le mois de juillet 1990, les allocations de formation pour les participants à temps plein sont aussi exonérées pendant le premier mois.
3. Il s'agit des exemptions de gains dans la ville de Halifax.
4. Les exemptions dont il est question sont entrées en vigueur avec la nouvelle loi sur la sécurité de revenu au Québec. L'exemption accordée aux bénéficiaires inaptes au travail est fonction du Programme de soutien financier alors que les exemptions visant les bénéficiaires aptes au travail dépendent du programme Actions positives pour le travail et l'emploi. Une personne qui a reçu des prestations de bien-être social d'un programme ou de l'autre pendant trois mois consécutifs et qui trouve ensuite du travail ou participe à un programme de formation peut obtenir une exemption de la totalité de ses gains ou des allocations de formation pendant un mois. On ne peut se prévaloir de cet avantage qu'une fois au cours d'une période quelconque de six mois.
5. Il s'agit des exemptions de gains des bénéficiaires considérées comme «participants» au programme Actions positives pour le travail et l'emploi. Différents niveaux d'exemption des gains s'appliquent aux personnes considérées «disponibles», «non disponibles» ou «non participantes».
6. Ces exemptions de gains sont entrées en vigueur dans le cadre du Programme d'intégration sociale et de transition à l'emploi annoncé par l'Ontario en octobre 1989. Les exemptions sont plus généreuses qu'avant la réforme; le montant uniforme et le pourcentage ont été modifiés. De plus, les gains sont maintenant calculés en fonction du revenu net et non plus du revenu brut.
7. Les exemptions de gains dont il est question s'appliquent aux particuliers tout à fait aptes au travail seulement après qu'ils ont bénéficié d'assistance sociale pendant au moins les trois mois précédents. Les bénéficiaires de la catégorie des handicapés, par contre, ont droit à l'exemption des gains dès qu'ils tirent des revenus d'un emploi.
8. Les niveaux d'exemption des gains varient selon la taille de la famille. Il n'est question ici que des ménages formés d'une personne ou deux.
9. Les personnes qui sont admissibles au programme de revenu garanti pour les handicapés graves (AISH) plutôt qu'au bien-être social bénéficient d'exemptions de revenu plus élevées. Les personnes seules obtiennent une exemption de 165 \$ par mois, plus 25 p. 100 des gains additionnels.
10. L'exemption des gains améliorée ne peut être réclamée plus de 18 fois au cours d'une période de trois ans. Toutefois, les personnes handicapées sont indéfiniment admissibles à l'exemption améliorée.
11. Au lieu d'une exemption de gains, les travailleurs à plein temps reçoivent des versements additionnels de 50 \$ par mois; 25 \$ pour les vêtements et 25 \$ pour le transport.

Source : Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social*, 1990, automne 1991, p. 50-56.

Aucune exemption du revenu net d'un
 Même chose
 emploi à plein temps (plus de 20 heures
 par semaine); exemption des gains d'un
 emploi à temps partiel égale au plus
 élevé des montants suivants : 50 p. 100
 des gains nets mais sans excéder 25 p.
 100 du total des articles de base essen-
 tiels au soutien d'un requérant et des
 personnes à sa charge ou 5 \$ par mois
 pour une personne seule, 10 \$ par mois
 pour une famille de deux et 15 \$ par
 mois pour une famille de trois ou plus¹¹
 dans les cas d'exclusion permanente
 du marché du travail, 25 \$ pour une per-
 sonne seule; 50 \$ provenant de la vente
 d'objets de métiers d'art pour un couple
 marié

Inaptes au travail		Aptes au travail	
Ontario ⁶	160 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure de 160 \$ pour une personne seule handicapée	75 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure à 75 \$ pour une personne seule	185 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure à 185 \$ pour une famille comptant au moins un bénéficiaire handicapé
	185 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure à 185 \$ pour une famille	150 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure à 150 \$ pour une famille à deux parents	175 \$ + 20 p. 100 de la partie des gains nets supérieure à 175 \$ pour une famille monoparentale
Manitoba ⁹	Le plus élevé des montants suivants : 50 \$ par mois, 0,70 \$ pour chaque heure de travail ou 30 p. 100 des gains mensuels bruts; 50 \$ par mois jusqu'à concurrence de 600 \$ par année pour les nouveaux bénéficiaires, les étudiants et les travailleurs autonomes	120 \$ par mois; 225 \$ pour ceux qui participent au programme de supplément de revenu	120 \$ par mois; 225 \$ pour une personne seule handicapée
	Les premiers 100 \$ de revenu mensuel gagné + 20 p. 100 de l'excédent (ex-gagné + 20 p. 100 de l'excédent (ex-emption maximale de 150 \$) pour une famille de deux jugée handicapée	Les premiers 25 \$ de revenu mensuel gagné + 20 p. 100 de l'excédent (ex-emption maximale de 75 \$) pour les ménages constitués d'une personne non handicapée	Les premiers 125 \$ de revenu mensuel gagné + 20 p. 100 de l'excédent (ex-gagné + 20 p. 100 de l'excédent (ex-emption maximale de 150 \$) pour les familles de deux non handicapées
Alberta	100 p. 100 des gains jusqu'à 115 \$; 50 p. 100 des gains entre 116 \$ et 200 \$; 25 p. 100 des gains entre 201 \$ et 300 \$; 10 p. 100 des gains supérieurs à 300 \$ ⁹	Même chose	Même chose
	50 \$ par mois pour une personne inapte au travail; 100 \$ pour une personne seule handicapée et 25 p. 100 des gains nets supérieurs à 100 \$.	Pour les personnes seules aptes au travail en bonne santé, exemption mensuelle de 50 \$ + 25 p. 100 des gains nets excédant cette somme	Pour les ménages composés d'un bénéficiaire avec au moins une personne à charge, aucun membre n'étant handicapé et au moins un membre étant apte au travail, exemption mensuelle de 100 \$ + 25 p. 100 des gains nets
Colombie-Britannique ¹⁰		50 \$ (sans personne à charge)	
Territoires du Nord-Ouest		100 \$ (avec personnes à charge)	

TABLEAU 12

NIVEAUX D'EXEMPTION DES GAINS MENSUELS EN DÉCEMBRE 1990

Inaptes au travail		Aptes au travail	
Terre-Neuve	Chez les adultes assistés sociaux pour des raisons autres que le chômage (excluant l'invalidité), 30 \$ + 50 p. 100 du revenu autorisé supérieur à 30 \$ et jusqu'à concurrence de 80 \$ par mois (exemption mensuelle maximale de 40 \$)	Chez les familles assistées sociales pour des raisons autres que le chômage, 50 p. 100 du revenu autorisé jusqu'à concurrence de 200 \$ par mois (exemption mensuelle maximale de 100 \$)	Chez les adultes handicapés, jusqu'à 95 \$ par mois
	Chez les familles avec un (des) membre(s) handicapé(s), jusqu'à 190 \$ par mois		
Île-du-Prince-Édouard ¹	50 \$ pour une personne seule et 100 \$ pour une famille, plus 10 p. 100 du montant des gains nets qui reste	Chez les personnes seules, 100 \$ + 25 p. 100 des gains bruts ²	Chez les familles, 200 \$ + 25 p. 100 des gains bruts ²
		150 \$ par personne seule	200 \$ par famille
Nouvelle-Écosse			
Nouveau-Brunswick			
Québec ⁴		<p>100 \$ pour une personne seule et pour une famille</p> <p>84 \$ pour une personne seule ou un parent seul; 53 \$ pour une famille à deux parents⁵</p>	

NOTES ACCOMPAGNANT LE TABLEAU 11

1. Ce niveau s'applique aux requérants sans travail qui ont besoin d'aide pendant moins de quatre mois. Les niveaux d'exemption de l'avoir liquide applicables aux personnes bénéficiant de prestations d'aide sociale pendant quatre mois ou plus sont plus élevés.
2. En vertu du nouveau régime de sécurité de revenu au Québec, les requérants doivent être handicapés pour être considérés inaptes au travail. Les familles admissibles au programme Soutien financier ont droit à une exemption de 5 000 \$.
3. Le directeur peut permettre aux ménages bénéficiant de prestations familiales de dépasser le niveau d'exemption maximum d'au plus 10 p. 100. Cette exception s'applique seulement aux bénéficiaires actuels et non aux requérants.
4. Le Manitoba dispose d'une série de règlements distincte s'appliquant aux gens propriétaires ou gérants de fermes.
5. Ce niveau s'applique aux personnes handicapées de façon grave et permanente, ainsi que le définit le programme Revenu assuré pour les handicapés profonds (AISH).
6. S'applique aux bénéficiaires de moins de 55 ans. Les bénéficiaires âgés entre 55 et 59 ans ont droit à une exemption de 1 500 \$.
7. Ce niveau d'exemption des biens s'applique aux personnes qui reçoivent de l'aide pendant moins de 90 jours. Des niveaux plus élevés sont prévus pour les gens qui ont besoin d'aide pendant plus de 90 jours.
8. Les plafonds fédéraux de l'avoir liquide s'établissent comme suit :
 - a) 2 500 \$ pour une personne seule et 3 000 \$ si la personne est âgée ou handicapée.
 - b) 5 000 \$ pour celui ou celle ayant une personne à charge (conjoint ou enfant) et 5 500 \$ si le requérant ou le conjoint est âgé ou handicapé.
 - c) 500 \$ de plus pour la deuxième personne à charge et pour chaque personne à charge supplémentaire.
 - d) un montant supplémentaire lorsque celui-ci a été déposé dans une caisse spéciale ou en fiducie pour des raisons jugées socialement importantes par la province - par exemple, les études d'un enfant ou l'achat d'équipement permettant de surmonter un handicap.

Source : Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social*, 1990, automne 1991, p. 4-7.

NIVEAUX D'EXEMPTION DE L'AVOIR LIQUIDE - DECEMBRE 1990

94

TABLEAU 10

DÉPENSES DE SANTÉ ET D'ENSEIGNEMENT, INÉGALITÉ DES REVENUS ET SALAIRES DES FEMMES PAR PAYS ET ANNÉE

		Dépenses publiques combinaées ens. et santé en % des dépenses pub. totales 1986-88	Part de revenu des 40 % les plus pauvres 1980-87	Salaire des femmes (en % des salaires des hommes 1986)
Japon	52	6,8	28,5	21,9
Canada	63	8,6	30,2	17,5
Islande	90	7,8	32,3	—
Suède	81	9,0	25,7	21,2
Suisse	68	7,7	33,8	16,9
Norvège	75	7,5	28,0	19,0
États-Unis	59	6,8	26,4	15,7
Pays-Bas	77	6,8	22,7	20,1
Australie	87	5,7	28,0	15,5
France	75	6,6	24,2	18,4
Royaume-Uni	66	5,0	23,3	17,3
Danemark	84	7,3	21,4	17,4
Finlande	76	5,7	28,0	18,4
Allemagne	—	4,5 ^a	23,0 ^a	19,5 ^a
Nouvelle-Zélande	77	4,9	22,7	15,9
Belgique	75	5,4	20,9	21,6
Autriche	78	6,0	8,4	—
Italie	80	3,9	6,9	18,8
Luxembourg	64	2,8	7,5	—
Espagne	—	3,2	6,0	19,4
Israël	—	—	2,1	18,1
Irlande	62	6,2	7,4	—
Grèce	65	3,1	5,3	—
Tchécoslovaquie	68	—	4,2	—
Malte	—	3,6	—	—
Hongrie	—	—	3,2	26,2
URSS	—	—	3,2	—
Bulgarie	—	—	3,2	—
Yougoslavie	—	3,6	4,3	17,1
Portugal	76	4,1	6,4	—
Pologne	—	3,6	4,0	23,9
Albanie	—	—	—	—
Roumanie	—	2,7	1,9	—

a) Données relatives à l'ancienne République démocratique allemande exclues.

Source: Nations Unies, Rapport mondial sur le développement humain 1991, Economica, Paris.

TABLEAU 9 **DONNÉES COMPARATIVES DU TAUX DE PAUVRETÉ** **CHEZ LES ENFANTS, PAR PAYS ET ANNÉE**

PAYS	ANNÉE	TAUX
Israël	1979	18,6
Norvège	1979	5,6
Suède	1981	5,2
Royaume-Uni	1979	10,4
États-Unis	1979	24,1

Nota : Enfants de moins de 17 ans
 La définition de pauvreté est normalisée dans les pays et correspond à la moitié du revenu médian du ménage soit à peu près la mesure établie par statistique Canada. Les années de référence varient selon les pays mais s'étendent toutes entre 1979 et 1981.
 Source : Stein Ringen, *Differences and Similarity: Two Studies in Comparative Income Distribution*, Stockholm : l'institut suédois de recherches sociales, 1986.

TABLEAU 8

**TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE EXPRIMÉS EN POURCENTAGE
DES NAISSANCES VIVANTES, PAYS SÉLECTIONNÉS, 1989**

PAYS	TAUX
Japon	0,46
Islande	0,53
Finlande ¹	0,58
Suède	0,61
Suisse	0,68
Canada	0,71
Pays-Bas	0,73
France	0,75
Danemark	0,75
République fédérale d'Allemagne	0,75
Irlande	0,76
Espagne	0,78
Australie	0,79
Autriche	0,83
Norvège ¹	0,83
Royaume-Uni	0,84
Belgique	0,86
Italie	0,89
États-Unis	0,97
Grèce	0,99
Luxembourg	0,99
Nouvelle-Zélande ¹	1,08
Portugal	1,22
Turquie	6,50

¹ pour 1988

Source : Organisation pour la coopération et le développement économique, L'OCDE en chiffres : statistiques sur les pays membres, 1991, p. 46, 47.

TABLEAU 7
DONNÉES COMPARATIVES DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE
PAR 1000 NAISSANCES VIVANTES, PAR PROVINCE, 1988-1989

PROVINCE	1988	1989
Terre-Neuve	9.3	8.2
Ile-du-Prince-Edouard	7.1	6.2
Nouvelle-Écosse	6.5	5.8
Nouveau-Brunswick	7.2	7.1
Québec	6.5	6.8
Ontario	6.6	6.8
Manitoba	7.8	6.6
Saskatchewan	8.4	8.0
Alberta	8.3	7.5
Colombie-Britannique	8.4	8.2
Yukon	5.8	4.2
Territoires du Nord-Ouest	10.3	16.2

Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé : Les décès en 1989*, Supplément N° 15, 1991, Vol. 3, N° 1
 publication n° 82-003S15 au catalogue.

TABLEAU 6

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR 1000 NAISSANCES
VIVANTES AU CANADA, 1931-1989

ANNÉE	NOMBRE DE DÉCÈS
1931	86.0
1936	67.7
1941	61.1
1946	47.8
1951	38.5
1956	31.9
1961	27.2
1966	23.1
1971	17.5
1972	17.1
1973	15.5
1974	15.0
1975 ¹	14.3
1976 ¹	13.5
1977	12.4
1978	12.0
1979	10.9
1980	10.4
1981	9.6
1982	9.1
1983	8.5
1984	8.1
1985	8.0
1986	7.9
1987	7.3
1988	7.2
1989	7.1

¹ estimation

Source : Statistique Canada, *Rapports sur la santé : Les décès en 1989*, Supplément N° 15, 1991, Vol. 3, N° 1, publication n° 82-003S15 au catalogue.

Source : Statistique Canada, Division CANSIM.

Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
5,9	285	8 745	47 291	15
5,7	286	7 980	54 563	4
5,6	287	9 770	52 715	5
5,5	288	6 725	50 561	10
4,7	289	6 595	51 306	9
4,6	290	5 590	51 637	7
4,4	291	6 985	50 817	1
4,0	292	4 405	50 059	11
0,0	293	0	36 452	81
0,0	294	0	31 812	171
0,0	295	0	44 044	26
Western Arctic				
Nunatsiag				
Yukon				
Halton - Peel				
Markham				
Carleton - Gloucester				
Oakville - Milton				
Nepaan				
York North (Nord)				
Don Valley West (Ouest)				
Ontario				

Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
10,1	243	6 645	36 170	89
10,0	244	11 050	42 602	36
9,9	245	8 690	36 429	82
9,9	246	10 175	45 112	21
9,8	247	3 740	28 888	223
9,8	248	11 025	32 688	149
9,8	249	12 365	36 265	86
9,7	250	8 720	43 656	30
9,6	251	10 690	33 498	131
9,6	252	9 175	35 963	93
9,5	253	10 145	45 692	18
9,5	254	9 625	38 074	66
9,4	255	9 880	32 704	147
9,4	256	12 115	45 808	16
9,3	257	13 505	38 091	64
9,3	258	12 720	38 296	61
9,1	259	8 110	41 529	39
8,9	260	9 420	39 561	52
8,9	261	7 795	35 393	101
8,8	262	8 920	33 944	120
8,7	263	6 370	33 897	122
8,6	264	8 310	40 761	48
8,6	265	9 950	35 035	105
8,4	266	10 835	43 086	33
8,4	267	10 810	44 014	27
8,3	268	8 570	40 851	47
8,1	269	8 740	44 087	24
8,1	270	11 110	37 338	70
8,1	271	10 715	49 304	12
8,0	272	7 205	44 340	23
7,5	273	8 500	51 372	8
7,4	274	6 485	45 148	20
7,3	275	8 165	44 002	28
7,2	276	11 290	55 624	3
7,0	277	8 585	40 864	46
6,7	278	7 625	44 824	22
6,6	279	6 950	55 847	2
6,5	280	6 450	52 494	6
6,3	281	9 435	47 922	13
6,2	282	8 740	45 269	19
6,0	283	6 530	42 045	38
6,0	284	7 250	41 140	42
Lanark — Carleton				
Durham				
Brampton				
Mississauga West (Ouest)				
Capilano — Howe Sound				
Etobicoke Centre				
Burlington				
York Simcoe				
St. Paul's				
Hamilton — Wentworth				
Elk Island				
Mississauga South (Sud)				
St. Albert (St-Albert)				
Calgary Southwest (Sud-Ouest)				
Guelph — Wellington				
Brampton — Malton				
Chambly				
Willowdale				
Mississauga East (Est)				
Simcoe Centre				
Essex — Windsor				
Kenora — Rainy River				
Leeds — Grenville				
Essex — Kent				
Halifax West (Ouest)				
Verchères				
Waterloo				
London West (Ouest)				
Scarborough — Rouge River				
Oxford				
Sarnia — Lambton				
La Prairie				
Winnipeg — St. James				
Perth — Wellington — Waterloo				
Delta				
Saanich — Gulf Islands				
Wellington — Grey — Dufferin — Simcoe				
Malpeque (Malpeque)				
Winnipeg South (Sud)				
Thunder Bay — Nipigon				
Pierrefonds — Dollard				
Cochrane — Superior (Supérieur)				

Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages	Revenu moyen des ménages \$	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
85	36 333	12 230	201	12,0	201	12 230	36 333	85
102	35 391	11 410	202	12,0	202	11 410	35 391	102
166	31 951	12 740	203	11,9	203	12 740	31 951	166
34	42 821	13 690	204	11,9	204	13 690	42 821	34
226	28 728	12 465	205	11,8	205	12 465	28 728	226
117	34 167	10 895	206	11,8	206	10 895	34 167	117
94	35 855	12 460	207	11,8	207	12 460	35 855	94
Kingston and the Islands (et les îles)	34 577	13 315	208	11,7	208	13 315	34 577	111
Erle	33 617	9 800	209	11,6	209	9 800	33 617	130
Simcoe North (Nord)	30 940	11 780	210	11,6	210	11 780	30 940	182
Wild Rose	36 719	9 990	211	11,6	211	9 990	36 719	78
Skene	37 067	8 385	212	11,6	212	8 385	37 067	73
Fredericton	33 342	11 480	213	11,5	213	11 480	33 342	136
Lachine – Lac-Saint-Louis	41 139	13 220	214	11,3	214	13 220	41 139	43
Cambidge	35 071	13 610	215	11,3	215	13 610	35 071	104
Oshawa	37 133	12 500	216	11,3	216	12 500	37 133	72
Kootenay East (Est)	32 929	9 215	217	11,3	217	9 215	32 929	143
Surrey – White Rock	36 233	14 545	218	11,3	218	14 545	36 233	87
Huron – Bruce	30 933	11 835	219	11,2	219	11 835	30 933	183
Victoria – Haliburton	29 213	10 725	220	11,2	220	10 725	29 213	214
Kitchener	33 888	13 850	221	11,1	221	13 850	33 888	123
Richmond	41 486	13 990	222	11,1	222	13 990	41 486	40
Scarborough – Agincourt	43 195	12 540	223	11,0	223	12 540	43 195	31
Regina – Wascana	39 139	11 315	224	11,0	224	11 315	39 139	58
Calgary North (Nord)	44 046	14 955	225	11,0	225	14 955	44 046	25
Lambton – Middlesex	33 451	9 065	226	10,9	226	9 065	33 451	133
Renfrew	30 269	11 105	227	10,9	227	11 105	30 269	197
Châteauguay	36 021	10 255	228	10,8	228	10 255	36 021	92
Kent	33 100	9 895	229	10,8	229	9 895	33 100	139
Selkirk	35 470	9 715	230	10,8	230	9 715	35 470	98
Peterborough	32 399	12 590	231	10,7	231	12 590	32 399	156
Prince Edward – Hastings	32 415	11 055	232	10,7	232	11 055	32 415	155
Etobicoke North (Nord)	42 791	12 820	233	10,6	233	12 820	42 791	35
Northumberland	31 688	10 205	234	10,6	234	10 205	31 688	173
Scarborough Centre	39 409	10 630	235	10,6	235	10 630	39 409	55
Thunder Bay – Atikokan	35 850	8 680	236	10,5	236	8 680	35 850	95
Don Valley North (Nord)	47 866	10 400	237	10,4	237	10 400	47 866	14
Etobicoke – Lakeshore	36 226	12 995	238	10,3	238	12 995	36 226	88
Haldimand – Norfolk	31 972	9 510	239	10,3	239	9 510	31 972	164
Lincoln	38 650	10 905	240	10,3	240	10 905	38 650	60
Vaudreuil	39 474	10 370	241	10,2	241	10 370	39 474	54
Louis-Hébert	41 036	12 270	242	10,1	242	12 270	41 036	45

Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
13,7	161	14 175	39 204	57
13,6	162	11 075	28 981	220
13,6	163	11 610	40 636	49
13,5	164	11 385	29 726	206
13,5	165	12 190	31 772	172
13,4	166	9 390	33 418	134
13,4	167	15 955	41 310	41
13,2	168	14 880	36 150	91
13,2	169	14 705	37 135	71
13,2	170	15 750	45 727	17
13,1	171	4 640	26 287	266
13,1	172	10 105	28 389	231
13,0	173	13 025	29 044	219
13,0	174	14 195	38 141	62
13,0	175	10 940	30 164	199
13,0	176	10 315	29 694	207
12,9	177	11 740	30 060	202
12,8	178	13 405	36 975	74
12,8	179	12 960	37 645	68
12,6	180	11 035	27 833	247
12,6	181	16 245	36 683	79
12,6	182	11 345	34 304	112
12,5	183	12 810	42 575	37
12,5	184	10 770	29 130	217
12,5	185	14 105	32 515	153
12,5	186	13 330	34 961	107
12,4	187	12 640	33 659	128
12,4	188	9 840	31 581	176
12,4	189	10 910	32 704	148
12,3	190	12 715	39 601	51
12,3	191	10 140	28 054	240
12,2	192	12 410	39 529	53
12,2	193	8 020	33 051	140
12,1	194	4 830	31 179	180
12,1	195	11 160	31 602	175
12,1	196	9 420	35 432	99
12,1	197	12 470	36 347	84
12,1	198	8 105	36 774	76
12,1	199	12 950	39 048	59
12,0	200	15 725	37 817	67
Terrebonne				
North Vancouver				
Macleod				
(Lac Saint Clair)				
Windsor – Lake St. Clair				
Nickel Belt				
Eigin				
Hillsborough				
Algoma				
Duvermay				
Parry Sound – Muskoka				
Laval				
Wetaskiwin				
Kindersley – Lloydminster				
Niagara Falls				
Mission – Coquitlam				
(Sud-Centre)				
Winnipeg South Centre				
Provencher				
Scarborough East (Est)				
Yellowhead				
Edmonton – Strathcona				
Southshore				
Ottawa West (Ouest)				
Dartmouth				
Hastings – Frontenac – Lennox				
Revelstoke				
Kootenay West (Ouest) –				
Souris – Moose Mountain				
Don Valley-East (Est)				
Annapolis Valley – Hants				
Portage – Interlake				
Cardigan				
(Sud-Ouest)				
Edmonton Southwest				
York Centre				
Charlesbourg				
Calgary-West (Ouest)				
Timmins – Chapleau				
North Island – Powell River				
Portneuf				
Athabaska				
Central Nova				
Port Moody – Coquitlam				

Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
Chapleau	15,1	17 815	35 633	96
Swift Current – Maple Creek	15,1	12 130	29 291	212
Okanagan – Similkameen	15,1	13 695	26 437	264
Brome – Missisquoi	15,0	13 120	27 269	250
Beaver River	15,0	11 290	32 550	152
Comox – Alberni	15,0	15 475	29 569	209
Eglington – Lawrence	14,8	17 415	37 622	69
Prince George – Bulkley Valley	14,7	13 270	35 426	100
Fundy – Royal	14,6	13 475	30 703	188
Joliette	14,6	15 360	29 930	204
Fraser Valley West (Ouest)	14,6	16 375	31 934	167
Prince George – Peace River	14,6	14 090	34 188	115
Vancouver South (Sud)	14,6	18 630	39 705	50
Saint-Jean	14,5	13 280	29 283	213
Regina-Lumsden	14,5	12 080	34 702	110
South West Nova	14,4	11 980	25 983	272
Welland – St. Catharines – Thorold	14,4	13 660	33 942	121
Victoria	14,4	20 520	28 325	232
Moncton	14,3	14 220	32 600	151
Calgary Southeast (Sud-Est)	14,3	17 335	43 187	32
Kamloops	14,3	13 225	32 495	154
Churchill	14,2	7 280	32 262	162
Burnaby – Kingsway	14,2	19 345	35 472	97
Labrador	14,1	4 385	34 827	109
Lévis	14,1	16 105	33 475	132
Saint-Hyacinthe – Bagot	14,1	13 760	29 091	218
Lethbridge	14,1	14 645	32 142	163
Vegreville (Végreville)	14,1	11 430	32 298	161
Esquimalt – Juan de Fuca	14,1	13 645	30 406	196
Fraser Valley East (Est)	14,0	12 980	30 220	198
Saskatoon – Humboldt	13,9	11 485	31 395	178
Medicine Hat	13,9	14 215	31 870	170
Beauséjour	13,8	10 195	27 869	243
St. Catharines	13,8	15 145	33 034	142
Crowfoot	13,8	10 700	30 004	203
Okanagan Centre	13,8	14 665	29 471	210
Beaches – Woodbine	13,7	16 445	34 861	108
Ottawa Centre	13,7	15 800	36 479	80
Sault Ste. Marie	13,7	11 565	33 965	119
Winnipeg Transcona	13,7	13 160	32 328	160
Edmonton Southeast (Sud-Est)	13,7	15 845	38 077	65
Red Deer	13,7	14 400	34 195	114

Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
17,2	77	15 140	27 964	242
17,1	78	15 270	30 983	181
16,9	79	14 810	28 872	224
16,9	80	20 505	30 647	190
16,8	81	12 440	30 126	200
16,8	82	14 625	27 028	255
16,7	83	19 015	31 369	179
16,7	84	15 125	25 540	277
16,6	85	19 115	29 145	216
16,6	86	20 850	41 051	44
16,5	87	17 120	25 772	275
16,5	88	16 325	33 164	138
16,5	89	15 800	33 740	126
16,4	90	13 715	28 448	230
16,4	91	19 035	36 763	77
16,4	92	12 025	30 419	194
16,3	93	16 845	26 789	260
16,3	94	11 420	27 002	256
16,2	95	15 640	32 370	157
16,2	96	10 525	28 096	238
16,2	97	13 320	25 260	279
16,1	98	11 440	27 849	246
16,1	99	14 005	30 407	195
16,1	100	16 725	26 729	263
16,0	101	15 780	28 531	229
16,0	102	15 360	28 157	236
16,0	103	15 575	31 878	169
15,9	104	17 655	33 713	127
15,8	105	17 505	36 361	83
15,6	106	19 455	36 159	90
15,5	107	18 175	38 121	63
15,5	108	24 555	29 881	205
15,4	109	16 480	34 181	116
15,4	110	13 735	30 860	185
15,3	111	17 095	35 093	103
15,3	112	12 410	30 636	192
15,3	113	18 555	33 867	124
15,2	114	13 685	26 753	262
15,2	115	13 685	28 570	228
15,2	116	12 455	29 171	215
15,2	117	17 310	32 866	144
15,1	118	5 810	26 817	258
15,1	118	5 810	26 817	258

Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages	Revenu moyen des ménages \$	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Proportion des familles à faible revenu par rapport à l'ensemble des familles %	Rang de la circonscription selon la proportion des familles à faible revenu	Nombre de personnes faisant partie d'unités familiales à faible revenu	Revenu moyen des ménages \$	Rang de la circonscription par revenu moyen des ménages
249	27 374	11 120	36	19,7	36	11 120	27 374	249
118	34 029	19 885	37	19,5	37	19 885	34 029	118
270	26 072	16 175	38	19,5	38	16 175	26 072	270
201	30 118	21 865	39	19,4	39	21 865	30 118	201
113	34 266	21 005	40	19,4	40	21 005	34 266	113
158	32 369	19 295	41	19,3	41	19 295	32 369	158
174	31 679	16 905	42	19,2	42	16 905	31 679	174
268	26 153	13 595	43	19,2	43	13 595	26 153	268
284	24 607	15 100	44	19,2	44	15 100	24 607	284
177	31 504	20 415	45	19,1	45	20 415	31 504	177
239	28 087	16 585	46	19,0	46	16 585	28 087	239
208	29 612	20 380	48	18,9	48	20 380	29 612	208
159	32 348	13 050	49	18,8	49	13 050	32 348	159
137	33 323	22 575	50	18,8	50	22 575	33 323	137
244	27 867	16 695	51	18,6	51	16 695	27 867	244
281	25 211	15 545	52	18,6	52	15 545	25 211	281
187	30 779	25 670	53	18,6	53	25 670	30 779	187
251	27 199	13 360	54	18,5	54	13 360	27 199	251
189	30 682	18 380	55	18,5	55	18 380	30 682	189
106	34 990	21 270	56	18,4	56	21 270	34 990	106
186	30 793	18 930	57	18,4	57	18 930	30 793	186
221	28 957	13 815	58	18,3	58	13 815	28 957	221
184	30 889	15 425	59	18,2	59	15 425	30 889	184
261	26 761	9 905	60	18,1	60	9 905	26 761	261
129	33 617	17 790	61	18,1	61	17 790	33 617	129
141	33 035	20 360	62	18,1	62	20 360	33 035	141
280	25 229	13 495	63	18,1	63	13 495	25 229	280
282	24 961	13 150	64	17,9	64	13 150	24 961	282
257	26 891	14 765	65	17,9	65	14 765	26 891	257
225	28 816	14 640	66	17,9	66	14 640	28 816	225
125	33 823	19 485	67	17,9	67	19 485	33 823	125
150	32 684	17 930	68	17,8	68	17 930	32 684	150
245	27 865	19 515	69	17,7	69	19 515	27 865	245
267	26 279	16 005	70	17,6	70	16 005	26 279	267
29	43 863	19 620	71	17,6	71	19 620	43 863	29
135	33 352	18 115	72	17,5	72	18 115	33 352	135
168	31 923	9 755	73	17,4	73	9 755	31 923	168
193	30 543	22 900	74	17,4	74	22 900	30 543	193
269	26 107	13 775	75	17,3	75	13 775	26 107	269
146	32 715	18 750	76	17,3	76	18 750	32 715	146
Restigouche								
Saint-Laurent								
Saint-Maurice								
Mercier								
York West (Ouest)								
Notre-Dame-de-Grâce								
Chicoutimi								
The Battlefords – Meadow Lake								
Yorkton – Melville								
York South (Sud) – Weston								
Humber – St. Barbe								
(Sainte-Barbe)								
Lac-Saint-Jean								
LaSalle – Emond								
Jonquière								
Trinity-Spadina								
Champlain								
Mégantic – Compton – Stanstead								
Calgary Centre								
Cape Breton (Cap-Breton) –								
The Sydneys								
Saint-Léonard								
St. John's East (Est)								
Québec-Est								
Roberval								
Charlevoix								
Bonaventure – Iles-de-								
la-Madeleine								
Hull – Aylmer								
Saint-Hubert								
Mackenzie								
Carleton – Charlotte								
Argenteuil – Papineau								
Rimouski – Témiscouata								
Broadview – Greenwood								
St. John's West (Ouest)								
Laurentides								
Drummond								
Mont-Royal (Mount Royal)								
Laval-des-Rapides								
Manicouagan								
New Westminster – Burnaby								
Kamouraska – Rivière-du-Loup								
Windsor West (Ouest)								

TABLEAU 5

81

PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS PAR PROVINCE, TOUTES LES FAMILLES, 1989

TABLEAU 4

ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS			
	Nombre d'enfants pauvres	Nombre total d'enfants	Taux de pauvreté
T.-N.	26 000	144 000	17,9 %
I.-P.-É.	4 000	31 000	13,9
N.-É.	31 000	189 000	16,3
N.-B.	27 000	163 000	16,7
Qué.	236 000	1 409 600	16,5
Ont. *	236 000	2 039 700	11,4
Man.	53 000	235 000	22,5
Sask.	50 000	241 900	20,7
Alb.	106 000	587 600	17,7
C.-B.	94 000	634 000	14,4
Canada	863 000	5 670 800	15,0

Nota : Les chiffres ont été établis en fonction des seuils de faible revenu de 1986.

Source : « *Fighting Child Poverty* », mémoire présenté au Sous-comité par le Conseil national du bien-être social, avril 1990, p. 42, et données non publiées.

TABLEAU 3

**TAUX DE CHÔMAGE ET PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS
TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS, 1980-1989**

ANNÉE	NOMBRE DE PAUVRES	TAUX DE PAUVRETÉ	TAUX DE CHÔMAGE
1980	851 000	14,8 %	7,5 %
1981	885 000	15,6	7,5
1982	1 037 000	18,3	11,0
1983	1 090 000	19,2	11,8
1984	1 134 000	20,1	11,2
1985	1 047 000	18,6	10,5
1986	954 000	17,0	9,5
1987	955 000	16,9	8,8
1988	875 000	15,4	7,8
1989	837 000	12,2	7,5

Nota: Les chiffres ont été établis en fonction des seuils de faible revenu de 1978; si on utilisait les données de 1986, les chiffres pour les années 1986 à 1988, présentés en avril 1990 (p. 45) par le Conseil national du bien-être social dans son mémoire au Sous-comité, et contenus dans des données non publiées seraient les suivants :

1986	983 000	17,5
1987	975 000	17,3
1988	913 000	16,1
1989	863 000	15,0

Source : Statistique Canada, *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu*, catalogue annuel 13-207 et Statistique Canada, La population active catalogue 71-001 mensuel.

TABLEAU 2

MESURE DE LA «PAUVRETÉ»

Taille de la famille	Seuils d'égalité des revenus établis par le Conseil canadien de développement social		Seuils de pauvreté établis par le comité sénatorial
	1 personne	2 personnes	3 personnes
1 personne	11 828 \$	19 712 \$	23 655 \$
2 personnes	19 712 \$	27 597 \$	31 549 \$
3 personnes	23 655 \$	35 483 \$	39 426 \$
4 personnes	31 549 \$	40 050 \$	
5 personnes			
6 personnes			
7 personnes			
Type de foyer*	Metropolitan Toronto Social Planning Council Budget Guides		Indications budgétaires en vue de la satisfaction des besoins fondamentaux, établies par le Dispendsaire diététique de Montréal
	célibataire apte au travail	mère, deux enfants	couple, deux enfants
	16 398 \$	21 694 \$	30 204 \$
	7 836 \$	12 704 \$	15 891 \$

Source : Ross, D. et R. Shillington, *The Canadian Fact Book on Poverty* 1989, Conseil canadien de développement social, 1989, pp. 9 et 12, et le bureau du sénateur D. Croll, le Sénat.

TABLÉAU 1

SEUILS DE FAIBLE REVENU DE STATISTIQUE CANADA, 1989

Taille de l'unité familiale		Taille de la région de résidence				
		Régions urbaines				
		500 000 habitants et plus	100 000 à 499 999	30 000 à 99 999	Moins de 30 000 habitants ^a	Régions rurales
dollars						
base de 1978						
1 personne	12 148	11 537	10 823	10 006	8 983	
2 personnes	16 027	15 212	14 193	13 168	11 741	
3 personnes	21 440	20 317	18 988	17 663	15 722	
4 personnes	24 706	23 481	21 950	20 418	18 175	
5 personnes	28 790	27 260	25 421	23 685	21 135	
6 personnes	31 444	29 709	27 770	25 829	23 073	
7 personnes ou plus	34 610	32 772	30 628	28 483	25 421	
base de 1986						
1 personne	13 511	11 867	11 593	10 568	9 198	
2 personnes	18 314	16 087	15 715	14 325	12 469	
3 personnes	23 279	20 446	19 974	18 208	15 849	
4 personnes	26 803	23 540	22 997	20 964	18 247	
5 personnes	29 284	25 720	25 126	22 905	19 936	
6 personnes	31 787	27 917	27 273	24 862	21 640	
7 personnes ou plus	34 188	30 028	29 335	26 742	23 275	

^a Comprend les villes dont la population se chiffre entre 15 000 et 30 000 habitants et les petites régions urbaines (moins de 15 000 habitants).

Source : Statistique Canada, Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1989, catalogue annuel 13-207.

Les enfants sont notre avenir, et nous devons être prêts à engager immédiatement le temps et les autres ressources nécessaires pour faire en sorte que tous aient la chance de développer leur plein potentiel et d'avoir des vies productives et bien remplies. Les enfants et les jeunes doivent être notre première priorité, pour l'amour des enfants et de tous les Canadiens. Les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain; ce sont nos ressources les plus précieuses. Les Canadiens doivent faire les investissements nécessaires. Se faisant l'écho des sentiments de nombreux témoins, M. Waller a fait la déclaration suivante au Sous-comité :

Si nous n'investissons pas maintenant dans l'avenir des enfants, nous augmenterons le déficit de façon considérable; non seulement devrons-nous, dans l'immédiat, assumer le coût des alphabètes, des personnes qui abandonnent l'école ou des assistés sociaux, mais aussi sentirons-nous l'effet de vague¹⁶⁸.

Dans sa comparaison devant le Sous-comité, le Centre de services sanitaires et communautaires Dalhousie d'Ottawa a posé la question suivante : «(E)st-ce que la volonté politique existe (pour éliminer le problème de la pauvreté chez l'enfant) ? Je pense que c'est ça la question»¹⁶⁹. Nos enfants sont notre avenir. Agissons dès maintenant.

Bien que son étude ait porté sur le phénomène de la pauvreté en général dans la société canadienne, le Sous-comité a été frappé par la sévérité des conditions qui prévalaient dans les réserves, dans les collectivités autochtones et dans nos villes. Le Sous-comité encourage le gouvernement fédéral à déployer davantage d'efforts pour résoudre ces problèmes sur plusieurs fronts.

Reconnaissant les problèmes de logement, d'éducation, de santé et d'emploi que connaissent les autochtones du Canada, le Sous-comité recommande :

C1 Que le gouvernement fédéral reconnaisse que l'autonomie politique est de la plus haute importance, car elle permettra d'enrayer la pauvreté chez les enfants autochtones, et qu'il envisage de négocier des ententes financières et d'autres ententes appropriées avec les collectivités autochtones.

D. UN PLAN D'ACTION GLOBAL

Le Sous-comité estime qu'il a recommandé un plan d'action global qui conduira à l'élimination de la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000. Ce plan comporte des mesures visant à la fois les services et les revenus, ainsi que des initiatives à court terme et à long terme. Il fait participer les différents paliers de gouvernement, les collectivités et les groupes confessionnels, les milieux d'affaires, les syndicats et les particuliers. Il faudrait, dans la mesure du possible, que les familles et les enfants participent à l'élaboration des programmes et des services.

La mise en oeuvre du plan exigera de la coordination. Le Sous-comité croit que le Bureau d'aide à l'enfance du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, par son mandat, est l'organisme de coordination approprié.

Le Sous-comité recommande :

D1 que le Bureau d'aide à l'enfance du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social soit responsable de la coordination et de la mise en oeuvre du plan d'action du Sous-comité pour éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000;

D2 que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, au nom du Bureau d'aide à l'enfance de ce ministère, dépose à la Chambre et au Sénat un rapport annuel sur les progrès faits dans l'élimination de la pauvreté chez les enfants. Ce rapport devrait examiner et évaluer les programmes et les services destinés aux enfants pour garantir qu'ils sont efficaces, économiques, et qu'ils répondent aux objectifs fixés;

D3 que le Bureau d'aide à l'enfance du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social prépare à l'intention des enfants une charte qui sera intégrée à la Constitution canadienne pour garantir que tous les enfants du Canada ont la possibilité de se développer et de s'épanouir pleinement. Cette charte des enfants devrait être conforme à la Convention des Nations unies sur les droits des enfants.

e) le Sous-comité transmet trois simulations (tableau 20) au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour étude.

f) convertirait la déduction existante pour frais de garde d'enfant en un crédit d'impôt remboursable pour frais de garde d'enfant, pour les familles ne bénéficiant pas de services de garde subventionnés, de 50 p. 100 des dépenses, avec recus, de garde d'enfant, à raison d'un maximum de 3 000 \$ pour les enfants de 0 à 7 ans ou sans limite d'âge pour les enfants infirmes, et de 1 500 \$ pour les enfants de 7 à 14 ans; les familles ayant un revenu net inférieur ou égal au seuil de revenu admissible au crédit d'impôt pour enfants remboursable et au crédit pour la taxe sur les produits et services recevraient la pleine valeur du crédit, tandis que les familles ayant un revenu net dépassant le seuil verseraient la valeur du crédit réduite de 0,10 \$ pour chaque dollar de revenu familial net au-dessus de ce seuil; Un système devrait être établi pour le paiement anticipé du crédit.

B12 Que le crédit d'impôt révisé pour enfants remboursable soit accordé tous les mois, vers le milieu du mois, et universellement, comme c'est actuellement le cas pour les allocations familiales. Le crédit d'impôt pour enfants remboursable pourrait être récupéré chez les travailleurs à revenu élevé de la même façon que la réduction d'impôt actuelle concernant l'aide sociale.

B13 Que la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable soit augmentée annuellement, pour correspondre au taux d'augmentation du revenu familial moyen.

Le Sous-comité constate que ces propositions feraient augmenter les recettes fiscales des provinces et des territoires, étant donné que certains ménages canadiens verseraient leur fardeau fiscal s'alourdir. Le Sous-comité estime que le gouvernement fédéral devrait se réunir avec les gouvernements des provinces et des territoires afin de négocier des modalités pour remettre ces recettes fiscales additionnelles aux familles canadiennes.

Le Sous-comité croit que l'augmentation de la valeur de ces prestations pour enfant, combinée à l'augmentation des perspectives d'emploi et aux autres initiatives recommandées par le Sous-comité, feront en sorte que les enfants canadiens ne vivront pas dans la pauvreté.

C. LES AUTOCHTONES

L'Assemblée des Premières nations a fait part au Sous-comité de son désir d'être reconnue comme méritant une attention spéciale, vu la nature particulière des besoins sociaux et économiques auquel il faut répondre pour que les autochtones dépendent moins du gouvernement. L'Assemblée préférerait offrir aux siens, dans les réserves ou hors des réserves, des possibilités d'emploi et d'expansion économique. À son avis, la solution au problème de la pauvreté chez les autochtones ne réside pas dans l'augmentation de l'aide sociale, mais dans des mesures directes pour fournir des possibilités d'emploi, d'enseignement et de formation et une économie plus forte. Même si elles n'élimineraient pas complètement le besoin de recourir à l'aide sociale, ces initiatives le diminueraient sûrement beaucoup. Il faut encourager les autochtones à être plus autonomes¹⁶⁷.

personnes à revenu élevé. Or, dans un système pleinement indexé, depuis 1986, les allocations familiales se seraient élevées à environ 38,58 \$ par enfant chaque mois, plutôt qu'à 33,93 \$ comme en 1991. De plus, on calcule que d'ici 1995, dix années d'inflation auront réduit les allocations familiales à 35,65 \$, comparativement au taux mensuel de 47,75 \$ par enfant si la pleine indexation avait été maintenue.

Cette politique de désindexation partielle est aussi importante en ce qui concerne le seul de réduction fiscale des allocations familiales, qui diminuera graduellement avec les années, touchant de plus en plus de familles ayant des revenus de plus en plus faibles. On prévoit que d'ici 1995, ce seul sera descendu à environ 41 886 \$ en dollars constants de 1990. Le Sous-comité reconnaît l'érosion de la valeur des allocations avec les années et les répercussions de la baisse constante de ce seul sur un nombre toujours plus grand de ménages au Canada. Le Sous-comité croit que même si toutes les familles admissibles reçoivent un chèque d'allocations familiales par la poste, le fait de traiter ces allocations comme un revenu imposable et d'appliquer une réduction d'impôt signifie que ces prestations ne sont pas, en fait, universelles. Le Sous-comité croit qu'il serait préférable de fournir ces fonds au moyen d'une autre mesure, au moyen, par exemple, du crédit d'impôt remboursable pour enfants. Le Sous-comité reconnaît que le programme d'allocations familiales est redistributif et que les familles payées en profitent davantage, mais croit que les fonds devraient être ciblés davantage et propose, pour ce faire, d'accroître le crédit d'impôt remboursable pour enfants. Troisièmement, plusieurs témoins ont critiqué la déduction pour frais de garde d'enfants, qui, nous l'avons dit précédemment, est la seule aide offerte à la plupart des familles pour supporter les frais de garde. Ils qualifient cette mesure de régressive parce qu'elle fournit aux personnes à revenu élevé la possibilité de payer moins d'impôt. Ces témoins estiment qu'il faudrait la remplacer par une mesure plus progressive, comme un crédit d'impôt.

Le Sous-comité recommande :

B11 Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, élabore d'ici l'an 2000 un programme qui :

- a) reconnaît les Canadiens adultes également au moyen des crédits d'impôt non remboursables personnel, de marié(e) ou l'équivalent, qui auraient une valeur identique de 5 500 \$ (1991); augmenter la valeur du crédit de personne âgée d'un montant égal à la diminution du crédit d'impôt personnel; et réaffecter toutes les recettes fiscales engendrées par ces changements à l'augmentation de la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable; le Sous-comité transmet trois simulations (Tableau 20) au ministre de la Santé et du Bien-être social;
- b) augmenterait la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable par la redistribution des fonds des allocations familiales dans ce crédit;
- c) augmenterait la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable en supprimant le supplément pour enfants en bas âge prévu au crédit et en réaffectant au crédit les recettes fiscales générées par cette mesure;
- d) augmenterait la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable, par l'abolition du crédit d'impôt pour enfants non remboursable et la réaffectation à ce crédit des recettes fiscales générées par cette mesure;

B9 Que le gouvernement fédéral maintienne ses efforts de création d'emplois par l'adoption de mesures qui garantissent l'instauration d'un climat économique propice à la création d'emplois et par l'acquisition d'une position commerciale favorable sur le marché international.

B10 Que le gouvernement fédéral oriente ses efforts sur des initiatives visant la création d'emplois sûrs, assortis de chances de promotion, d'une bonne rémunération et accessibles aux Canadiens vivant dans la pauvreté.

Selon le Sous-comité, une compétitivité accrue permettra d'augmenter les possibilités d'emploi. Avec les efforts faits dans les secteurs de l'éducation et de la formation, ces possibilités devraient permettre à certains Canadiens de ne plus dépendre de l'aide sociale. Un tel changement pourrait être avantageux à divers points de vue. Ainsi, le rendement scolaire des enfants pourrait s'en trouver amélioré. Selon le rapport *Ontario Child Health Study*, les filles dont les familles reçoivent de l'aide sociale ont 3,9 fois plus de chances d'avoir un mauvais rendement scolaire que les filles issues de familles ne recevant pas d'aide sociale; chez les garçons, ce taux est de 1,4 fois¹⁶⁴. En outre, chez les enfants dont les familles reçoivent de l'aide sociale, les cas de troubles psychiatriques sont de 31,2 p. 100, soit deux fois plus élevés que dans les familles qui ne reçoivent pas d'aide sociale, où ce taux est de 13,8 p. 100. L'étude a toutefois révélé que 68,8 p. 100 des enfants des familles qui dépendent de l'aide sociale n'ont pas de troubles psychiatriques¹⁶⁵. Cependant, le lien entre les troubles psychiatriques et l'aide sociale tient en grande partie au mauvais fonctionnement de la famille, et en particulier au faible revenu¹⁶⁶.

Une compétitivité accrue, et les possibilités d'emplois qui s'y rattachent, devraient profiter au Canada en général et permettre aux familles qui reçoivent de l'aide sociale et aux familles pauvres qui travaillent de se sortir de la pauvreté et d'améliorer leur niveau de vie. Le Sous-comité croit que des emplois à temps plein, bien rémunérés, sont essentiels pour mettre fin à la pauvreté.

4. Le système de transferts et le régime fiscal

Le Sous-comité estime que la pauvreté est inacceptable chez les enfants au Canada et qu'il faut l'éliminer. Il pense également que le gouvernement fédéral, au moyen du système de transferts et du régime fiscal doit reconnaître davantage l'importance de nos enfants. Même si tous les enfants du Canada sont importants et méritent notre attention, le Sous-comité croit qu'on devrait surtout se pencher sur le cas des enfants pauvres. À cette fin, il faudrait modifier le système de transferts et le régime fiscal pour venir en aide aux familles. De l'avis du Sous-comité, l'amélioration de la situation des enfants pauvres doit être la responsabilité de toutes les personnes qui gagnent un revenu; en outre, les familles qui élèvent des enfants devraient jouir d'une préférence fiscale évidente, à cause du service qu'elles rendent à la société.

Premièrement, selon le Sous-comité, le crédit d'impôt non remboursable, l'exemption de marié(e) et l'équivalent de l'exemption de marié(e), qui n'ont pas les mêmes valeurs, ne traitent pas tout le monde équitablement. Le Sous-comité croit que, pour des motifs d'équité, ces crédits devraient avoir la même valeur.

Deuxièmement, le Sous-comité a entendu beaucoup de témoignages sur les allocations familiales, en particulier sur la désindexation partielle de leur valeur en 1986 et, plus récemment, sur la réduction d'impôt relative aux prestations, ou disposition de récupération, pour les

164 D' Dan Offord et al. p. 1.
165 *Ibid.*
166 *Ibid.*

accessible au plus grand nombre (enseignement de la lecture et du calcul) et un système de formation en industrie pour le développement de compétences professionnelles particulières. Selon le Conseil, 72 p. 100 des Canadiens âgés de 17 ans participent à un programme officiel d'enseignement ou de formation, comparativement à 87 p. 100 aux États-Unis et à 94 p. 100 au Japon¹⁶². De plus, selon certaines normes internationales, la qualité du segment hautement qualifié de la population active canadienne est médiocre. Selon les résultats d'une enquête sur la compétitivité mondiale menée en 1989 (*1989 World Competitiveness Scoreboard*), le Canada se classe au milieu du peloton du point de vue de la capacité de gestion, du personnel de recherche et de développement et de la main-d'oeuvre qualifiée¹⁶³.

L'évolution rapide de la technologie obligera les employés à se recycler et à acquérir constamment de nouvelles compétences. Les Canadiens doivent se rendre compte du fait qu'avec l'intensification de la concurrence internationale, les pays à coûts élevés, tels que le Canada, devront compter davantage sur l'excellence de leur population active pour conserver un avantage comparatif sur le marché.

Le développement des ressources humaines, comme l'élimination de la pauvreté chez les enfants, est un investissement dans l'avenir. Compte tenu du ralentissement de la croissance de la population active, tous les travailleurs doivent être hautement qualifiés et capables de s'adapter aux changements fondamentaux de l'économie canadienne amenés par la technologie et l'internationalisation des affaires.

Le Sous-comité sait aussi que, durant les années 80, la quasi-totalité des emplois nets créés l'ont été dans le secteur des services. Cette augmentation des emplois a été caractérisée par la création soit de postes hautement spécialisés bien payés et stables ou, au contraire, de postes sans sécurité d'emploi et relativement mal payés, exigeant peu de connaissances spécialisées et offrant peu de chances d'avancement. Si l'on veut assurer la prospérité des familles canadiennes, il faut axer nos efforts sur la création d'emplois stables et bien payés. Le Sous-comité indique que ces emplois exigeront des connaissances spécialisées et pense qu'en accordant une nouvelle importance à l'éducation de base et aux programmes de formation spécialisée, on obtiendra des travailleurs possédant le niveau et le genre de compétences nécessaires.

Vu l'importance du revenu d'emploi pour la sécurité financière des familles et l'importance des efforts de formation pour garantir que les Canadiens possèdent les compétences nécessaires pour être compétitifs à l'échelle mondiale, le Sous-comité recommande :

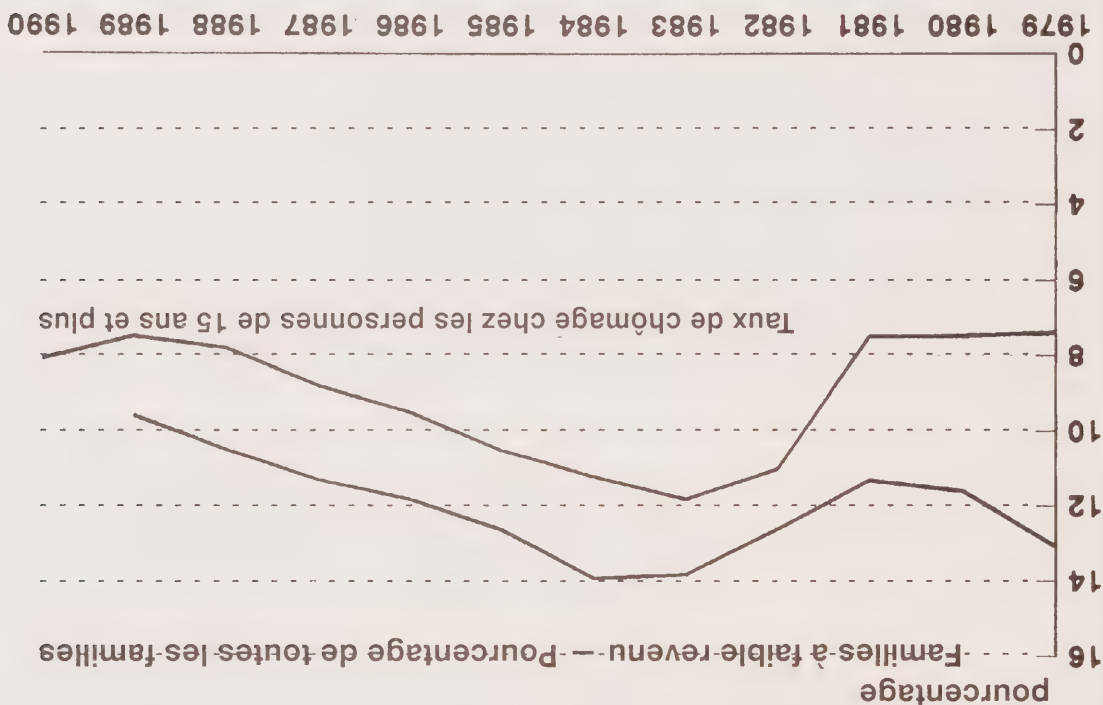
- B7 Que le gouvernement fédéral change le nom du Programme d'assurance-chômage et l'appelle Programme d'assurance-emploi, et qu'il continue à appliquer des mesures comme la réaffectation des fonds d'assurance-chômage à l'aide à la mobilité, à l'achat de cours de formation et au versement de fonds de démarrage aux bénéficiaires de l'assurance-chômage.
- B8 Que le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et les gouvernements territoriaux collaborent avec les employeurs, les syndicats et les employés pour mettre au point des programmes d'apprentissage et de formation professionnelle de grande qualité afin d'accroître la productivité et la capacité de s'adapter aux nouvelles technologies;

¹⁶² Conseil économique du Canada, p. 22.
¹⁶³ *Ibid.*, p. 23.

active canadienne ait progressé, les progrès technologiques ont éliminé beaucoup d'emplois non spécialisés, et les nouvelles perspectives d'emploi sont concentrées dans les occupations plus spécialisées. Emploi et Immigration Canada estime que 64 p. 100 de tous les emplois créés entre 1986 et l'an 2000 exigeront plus de 12 années de scolarité et de formation, et que près de la moitié des nouveaux emplois exigeront plus de 17 années¹⁶¹.

GRAPHIQUE 9

TAUX DE CHÔMAGE ET TAUX DE FAMILLES À FAIBLE REVENU AU CANADA, 1979-1990



Source : Statistique Canada.

On sait que l'éducation et la formation sont critiques pour la compétitivité du Canada. La question demeure cependant à savoir qui devrait financer les initiatives dans ces secteurs : l'employeur, l'employé, le gouvernement? Le Conseil économique du Canada a indiqué que dans la mesure du possible, les objectifs de perfectionnement des ressources humaines et d'adaptation des travailleurs doivent être poursuivis conjointement par les employeurs, les syndicats et les employés eux-mêmes, en tenant compte des forces du marché. De l'avis du Conseil, le gouvernement doit garantir que les politiques publiques sont articulées dans le sens des forces du marché afin de renforcer l'engagement vis-à-vis des ressources humaines et de la sécurité économique des travailleurs du Canada. Le Conseil croit que notre stratégie de développement des ressources humaines doit comporter à la fois un système d'enseignement

159

Andrew Sharpe, « Le Canada à l'heure de la compétition internationale », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, catalogue 75-001, été 1990, p. 9, 10, 16. Les sept principaux pays de l'OCDE comprennent le Canada, les États-Unis, l'Allemagne de l'Ouest, le Japon, le Royaume-Uni, la France et l'Italie.

160

Ibid., p. 13, 14.

Le Canada n'accuse pas un retard seulement en regard de sa compétitivité. En 1985, parmi les sept principaux pays de l'OCDE, le Canada se classait à l'avant-dernier rang en ce qui concerne le ratio des dépenses de recherche et de développement par rapport au produit intérieur brut, le dernier rang étant occupé par l'Italie. La performance du Canada venait également derrière celle de la Suisse, des Pays-Bas, de la Norvège et de la Finlande¹⁶⁰.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'un engagement national face à la compétitivité, allié au perfectionnement des ressources humaines, à la modernisation de la technologie et de l'infrastructure, et à la recherche-développement. Les travailleurs canadiens doivent parfaire leur éducation et leur formation, pour acquérir des compétences non seulement en lecture, en écriture et en calcul, qu'ils transportent avec eux d'un emploi à l'autre, mais aussi des compétences spécialisées. En l'absence des rudiments de lecture, d'écriture et de calcul, les travailleurs ne peuvent pas fonctionner efficacement dans le milieu de travail ni s'adapter à sa transformation et à l'introduction de nouvelles techniques. Bien que le niveau moyen de scolarité de la population

Récemment, le Canada a vu sa compétitivité s'affaiblir. Entre 1981 et 1988, l'augmentation des coûts unitaires de main-d'œuvre dans le secteur manufacturier canadien a dépassé celui des États-Unis en raison d'une hausse plus forte des coûts de main-d'œuvre qui n'a été compensée qu'en partie par la dévalorisation du dollar canadien. Durant cette période, la compétitivité des coûts dans le secteur manufacturier canadien s'est aussi détériorée comparativement au Royaume-Uni, bien qu'elle soit demeurée à peu près inchangée par rapport à la France et qu'elle ait progressé face au Japon, à l'Allemagne de l'Ouest et à l'Italie. De plus, pendant cette période, la production horaire dans les usines canadiennes a augmenté de 2,3 p. 100 par an, soit le plus faible taux d'augmentation parmi les sept principaux pays de l'OCDE¹⁵⁹.

Le Sous-comité pense néanmoins qu'une des tâches fondamentales qui attendent le Canada dans les années 90 et au delà sera d'améliorer sa compétitivité, c'est-à-dire la capacité de faire face à la concurrence mondiale efficacement. Le Sous-comité est d'accord sur la définition de la compétitivité à laquelle sont parvenus des porte-parole du monde des affaires et des mouvements syndicaux lors d'un forum consultatif sur la compétitivité organisé par le Forum des politiques publiques à Vancouver en juin 1991. La compétitivité a été définie comme la création d'une économie et d'une société capables de vendre des produits et des services sur le marché mondial, en faisant en sorte que les entreprises fassent un profit, versent des salaires adéquats, assurent une sécurité d'emploi et de bonnes conditions de travail, et respectent l'environnement. C'est cette capacité concurrentielle au niveau international qui donnera aux Canadiens la sécurité d'emploi et une augmentation du niveau de vie. Pour y arriver, le Canada doit accroître les compétences de sa main-d'œuvre et améliorer sa productivité. Les Canadiens doivent relever la valeur de ce qu'ils produisent, au niveau des matières brutes et des industries qui gèrent les secteurs des ressources et des biens.

enfants.

Le Sous-comité appuie les initiatives que le gouvernement a prises pour réduire le taux de chômage. Comme le graphique 9 en fait foi, il y a un lien indubitable entre les taux de chômage et de pauvreté; les programmes visant à faire baisser le taux de chômage doivent donc être maintenus. Le Sous-comité se préoccupe tout particulièrement de l'effet que la récession actuelle et le taux de chômage élevé pourraient avoir sur le taux de pauvreté dans les familles et chez les

la législation sur le salaire minimum devrait être coordonnée avec les autres prestations destinées aux enfants. Si les programmes d'aide sociale doivent être maintenus (. . .) il faut faire disparaître les facteurs qui font obstacle à la réinsertion dans le milieu du travail au moyen d'un programme complet de prestations pour la période de transition. Un tel programme comprendrait les soins de santé, un programme de garde, etc.¹⁵⁶

Le Sous-comité reconnaît qu'à 4 \$ l'heure, le salaire minimum selon les normes fédérales est le plus faible au Canada, comme le montre le tableau 19. Le revenu d'une personne seule gagnant ce salaire et travaillant 40 heures par semaine, 52 semaines par année, serait inférieur aux seuils de faible revenu pour une personne n'importe où au Canada, qu'il s'agisse des seuils de 1978 ou de 1986.

Le Sous-comité recommande ce qui suit :

B5 Que, le ministre de Travail entreprenne une étude des répercussions financières du relèvement du salaire minimum fédéral à un niveau tel que le revenu annuel gagné par une personne travaillant à temps complet toute l'année corresponde au seuil de faible revenu estimé par Statistique Canada pour une personne seule habitant dans la plus grande région urbaine.

B6 Qu'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial soit créé pour étudier la faisabilité d'établir un supplément de revenu gagné garanti, pour que le revenu tiré d'un emploi soit plus élevé que les prestations d'aide sociale touchées par les bénéficiaires qui pourraient travailler. D'autres encouragements à l'entrée sur le marché du travail devraient être consentis, par exemple le maintien de certains avantages d'aide sociale, comme la gratuité des médicaments prescrits, des lunettes, des soins dentaires, etc., aux personnes entrant sur le marché du travail mais gagnant un revenu au-dessous du seuil de faible revenu. Ces avantages devraient être consentis jusqu'à ce que les gains provenant d'un travail atteignent le seuil approprié.

3. Création d'emplois et formation professionnelle

Lorsqu'il a témoigné devant le Sous-comité, M. Beatty a déclaré : « Le gouvernement reconnaît qu'il nous faut surtout une économie saine et bien dirigée, grâce à laquelle les familles pourront subvenir à leurs propres besoins, ainsi qu'un certain nombre de nouveaux programmes adressés aux plus nécessiteux¹⁵⁷. » Il a dit que le gouvernement s'employait à instaurer un climat favorable à la création d'emplois et que les Canadiens profitaient de nouveaux programmes les préparant à faire partie de la main-d'œuvre active. Il a ajouté que l'objectif du gouvernement est certes de susciter le plein emploi, mais que le problème consiste à trouver le meilleur moyen d'y arriver, que ce soit en affectant des crédits à des programmes de création d'emplois — des mesures essentiellement temporaires par définition — ou en envisageant la question de façon plus large, c'est-à-dire en faisant en sorte de susciter un climat économique permettant aux entreprises de prospérer et aux Canadiens de créer eux-mêmes des emplois¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Procès-verbaux, fascicule n° 13, p. 63.
¹⁵⁷ Procès-verbaux, fascicule n° 8, p. 21, 24.
¹⁵⁸ Ibid.

B2 Pour que les familles disposent d'un revenu suffisant pour répondre aux besoins éducationnels, récréatifs et culturels de leurs enfants, que la valeur des prestations fédérales pour enfants ne soit pas déduite des prestations d'aide sociale.

B3 Que le gouvernement fédéral négocie avec les gouvernements des provinces et des territoires un régime d'aide sociale qui répond aux besoins essentiels des familles et qui ne soustrait pas des prestations d'aide sociale la valeur des prestations fédérales pour enfants.

B4 Que le gouvernement fédéral veille à ce que la procédure d'appel de tous les gouvernements provinciaux et territoriaux soit conforme aux exigences du Régime d'assistance publique du Canada en la matière, et que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social songe à présenter un projet de loi établissant une procédure d'appel plus efficace et un mécanisme d'application de la loi.

2. Le salaire minimum

Lorsqu'il a comparu devant le Sous-comité, M. Beatty a déclaré qu'environ 1,5 p. 100 des Canadiens gagnent le salaire minimum correspondant aux normes fédérales. Selon une estimation visant 930 000 employés assujettis aux normes du travail relevant de la compétence fédérale, fournie par un représentant officiel du ministère du Travail, et selon l'estimation de M. Beatty, près de 13 950 employés gagneraient le salaire minimum correspondant aux normes fédérales. Il a aussi souligné que le simple relèvement du salaire minimum pourrait notamment avoir pour conséquence de rendre les entreprises canadiennes moins compétitives et peut-être d'en obliger certaines à fermer leurs portes au Canada pour aller s'établir dans des pays où les salaires sont moins élevés. Si cela arrivait, les Canadiens qui perdraient leur emploi seraient peut-être les plus dépourvus de ressources et les plus vulnérables, c'est-à-dire ceux qui gagnent les salaires les plus bas¹⁵¹. La Société d'aide à l'enfance du Toronto métropolitain est l'un des rares témoins à avoir reconnu qu'un relèvement du salaire minimum pourrait entraîner un certain recul économique¹⁵².

Le fait d'avoir un emploi n'est pas une garantie contre la pauvreté. Des groupes comme la *Coalition for Equality*, notamment, ont dit que parfois le salaire minimum est à un niveau tel que, même en travaillant toute l'année à temps complet, une personne reçoit moins d'argent que si elle touchait des prestations d'aide sociale¹⁵³. Comme l'a déjà dit une mère pauvre de la Colombie-Britannique, les bénéficiaires de l'aide sociale perdent certains avantages lorsqu'ils entrent sur le marché du travail, et ils doivent engager des dépenses pour aller travailler¹⁵⁴. Mme Bradshaw a dit au Sous-comité :

(les travailleurs économiquement faibles) font de gros efforts, mais le système ne fait rien pour les aider. (...) Je pense qu'il est regrettable que dans notre pays, le système donne de l'aide aux batteurs d'enfants, aux narcomanes, aux alcooliques, mais pas à ceux qui tentent de s'aider eux-mêmes¹⁵⁵.

151 Procès-verbaux, fascicule n° 8, p. 25, 26.

152 Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 10, p. 36.

153 Procès-verbaux, fascicule n° 13, pp. 49 et 50.

154 Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 65.

155 Procès-verbaux, fascicule n° 10, p. 54.

Le Sous-comité estime aussi qu'il y a des failles dans le système d'aide sociale dans sa forme actuelle, que le Canada doit compter sur une population plus instruite et plus qualifiée s'il veut créer des emplois pour tous les Canadiens et être à la hauteur de la concurrence internationale, et que les prestations prévues pour la famille pourraient être dispensées plus efficacement.

1. Le système d'aide sociale

Tel qu'il a été dit précédemment, les barèmes d'aide sociale varient énormément d'une région à l'autre du Canada, étant donné qu'aucun critère national n'existe; de nombreux témoins ont dit au Sous-comité que les barèmes étaient trop bas. Citons, par exemple, le témoignage de *Equal Justice for All* qui indiquait qu'en Saskatchewan, une famille de huit personnes reçoit par personne et par jour 2,08 \$ pour le logement, 0,25 \$ pour tous les services d'utilité publique et 4,13 \$ pour tous ses autres besoins¹⁴⁶. Citons aussi le témoignage du *Nova Scotia Nutrition Council*, selon lequel les prestations d'aide alimentaire de la province s'élèvent à 63 p. 100 des besoins nutritionnels des enfants¹⁴⁷. Bien que ces propos ne concernent pas exclusivement la situation des familles recevant de l'aide sociale, Services à la famille Canada a dit au Sous-comité :

La famille pauvre est donc toujours aux prises avec des décisions à prendre. Ira-je à la clinique médicale ou non? Si j'y vais, je devrai payer l'autobus. Vais-je garder mon enfant à la maison cette semaine, car l'école a prévu la visite d'un musée et demande trois dollars pour un léger goûter? Est-ce que je garde mon enfant à la maison lorsqu'il y a d'autres sorties et activités parce qu'on demande deux dollars pour un jus et d'autres produits nutritifs du genre¹⁴⁸?

Equal Justice for All a fait part au Sous-comité de situations où les droits des bénéficiaires de l'aide sociale auraient été bafoués. Il a raconté ce qui suit au Sous-Comité :

Une personne est venue nous (*Equal Justice for All*) demander de l'aide. On l'a forcée à participer à un programme de travail. Cet homme était un assistant en soins infirmiers, et il était pianiste. Lorsqu'il s'est opposé à faire du travail de construction, alors qu'il cherchait son propre emploi, on lui a coupé l'aide pendant trois mois. Il est devenu extrêmement déprimé, et nous croyons aussi, suicidaire¹⁴⁹.

Bien qu'une procédure d'appel ait été prévue par le Régime d'assistance publique du Canada afin de permettre aux bénéficiaires de l'aide sociale d'en appeler des décisions prises à leur égard, le Sous-comité n'est pas convaincu qu'elle serve vraiment les fins pour lesquelles elle a été conçue.

De plus, *Equal Justice for All* a dit au Sous-comité qu'en Saskatchewan :

(. . .) l'allocation familiale fédérale est déduite des sommes que reçoivent les assistés sociaux, ce qui est très préjudiciable, car ces gens ne reçoivent même pas ce paiement de transfert¹⁵⁰.

Le Sous-comité recommande donc ce qui suit :

B1 Que l'on constitue un groupe de travail fédéral-provincial-territorial chargé d'établir, à l'égard du minimum exigible en matière d'aide sociale et de prestations supplémentaires, des normes provinciales et territoriales propres à répondre aux besoins essentiels des adultes et des enfants.

146	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 90.
147	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 79.
148	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 77.
149	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 96.
150	<i>Ibid.</i> , p. 90.

subventionnés qui présentent des troubles psychiatriques sont au moins deux fois plus élevés que chez les autres (30,4 p. 100 contre 14,2 p. 100). L'étude révèle aussi que plus de 40 p. 100 des jeunes qui vivent dans ces logements n'ont pas de bons résultats scolaires, et que plus du tiers des enfants en bas âge présenteraient des troubles émotionnels et comportementaux qui justifient une aide professionnelle¹⁴⁵.

Le Sous-comité partage le point de vue des témoins sur l'importance des logements de bonne qualité et sûrs pour assurer le développement des enfants, et il recommande :

A14 Que le gouvernement fédéral continue de privilégier, par le truchement de sa politique de logements sociaux, les personnes qui ont un besoin impérieux de logement, mais qu'il accorde une attention particulière aux besoins en logements des Canadiens autochtones.

A15 Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'assurent que des logements subventionnés soient intégrés à la collectivité et que des services récréatifs et de soutien adéquats soient accessibles. Le Sous-comité recommande également que les projets de logements sociaux existants soient améliorés, en collaboration avec les occupants, en vue de leur assurer un milieu sûr, sain et de qualité où le crime ne sévit pas, et que toutes les nouvelles constructions soient d'excellente qualité.

A16 Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux favorisent la création de projets de logements coopératifs.

A17 Que la Société canadienne d'hypothèques et de logement organise et parraine conjointement des conférences provinciales-territoriales sur les problèmes et les options dans le domaine du logement social.

A18 Que la Société canadienne d'hypothèques et de logement crée des comités consultatifs coordonnés au moyen de bureaux régionaux et provinciaux, dans le but d'assurer le transfert d'information et la consultation entre les organismes gouvernementaux, les secteurs de l'habitation et des services privés et à but non lucratif, et les habitants des logements subventionnés.

A19 Que le gouvernement fédéral, à mesure que des fonds deviendront disponibles, prenne des mesures pour éliminer les listes de personnes en attente d'un logement subventionné et pour créer des unités de logement coopératif.

Le Sous-comité considère qu'il est prioritaire que tous les Canadiens dans le besoin aient accès à des logements satisfaisants, de bonne qualité et de prix abordable.

B. REVENU SUFFISANT ET CRÉATION D'EMPLOIS

Les Canadiens touchent des revenus de différentes sources : par l'intermédiaire du système d'aide sociale, par un travail rémunéré et par le système fédéral de taxes et de transferts, entre autres choses. Les témoins ont été nombreux à dire au Sous-comité que les revenus provenant de ces différentes sources sont insuffisants pour certains.

budgétaires n'affecteront pas les subventions versées pour les logements existants, mais que des restrictions seront imposées au chapitre de la construction de nouvelles habitations, des suppléments au loyer et de la remise en état des logements. M. Robert Lajoie, de la SCHL, a fait savoir que quelque 36 000 nouvelles familles bénéficieraient d'une aide en 1990¹³⁸.

M. Redway a particulièrement fait état des problèmes de logement que rencontrent les Canadiens autochtones, et a rappelé que le gouvernement essaie de répondre à leurs besoins dans le cadre de programmes mis en oeuvre sur les réserves, dans les régions urbaines et dans les régions éloignées ainsi qu'au moyen d'un programme de réparation d'urgence des logements. Il a souligné que, depuis 1986, près de 23 000 familles ont bénéficié de l'aide fédérale accordée dans le cadre de ces programmes, et que le Programme de logement pour les ruraux et les autochtones a notamment permis de créer 8 200 logements, dont la moitié est réservée aux autochtones¹³⁹. Cependant, l'Assemblée des Premières nations a parlé au Sous-comité des besoins en logement de la collectivité indienne en soulignant ce qui suit :

En 1990, nous avons estimé qu'il faut répondre aux besoins de logements de la communauté indienne, le gouvernement aurait dû débloquer 333 millions de dollars la même année pour que chaque famille ait une maison. Il nous manque actuellement 20 000 unités de logement, et si le gouvernement n'augmente pas sa contribution aux collectivités indiennes à ce titre, il nous manquera au moins 46 000 logements d'ici à l'an 2000¹⁴⁰.

L'Assemblée a aussi dit :

Et l'on peut espérer que, à un moment donné, la majorité des logements des Indiens auront l'eau courante et le tout-à-l'égout¹⁴¹.

En dépit de la politique de logements sociaux du Canada, de nombreux Canadiens nécessaires doivent affecter au-delà de 30 p. 100 de leur revenu au loyer, et le Sous-comité a appris qu'une partie des logements qu'ils occupent est de faible qualité.

Le Sous-comité a aussi entendu des témoignages relativement aux mérites des coopératives de logement. Une porte-parole de *End Legislated Poverty* dit :

(. . .) j'ai réussi à obtenir un logement coopératif, et cela m'a beaucoup aidé. Cela m'a donné une beaucoup plus grande liberté d'action avec mon budget. Auparavant, 60 p. 100 ou 70 p. 100 ou plus de notre revenu était consacré au loyer¹⁴².

Tel qu'il a été souligné précédemment, le Dr Maloney a indiqué au Sous-comité que le fait d'habiter un logement subventionné était en soi un facteur de risque¹⁴³. La Société de l'aide à l'enfance d'Ottawa-Carleton a aussi dit que le fait d'habiter en ghetto dans des immeubles d'habitation à loyer modique était un des principaux facteurs de risque liés aux enfants et aux familles qui ont affaire aux services sociaux et aux organismes de santé¹⁴⁴. Comme l'indique l'étude intitulée *Les enfants à risque*, les pourcentages des enfants vivant dans des logements

¹³⁸ *Ibid.*, p. 5, 7, 10, 16.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 7.

¹⁴⁰ *Procès-verbaux*, fascicule n° 11, p. 20.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 76.

¹⁴³ *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 94.

¹⁴⁴ *Procès-verbaux*, fascicule n° 13, p. 34.

Jusqu'en 1995-1996. Il a, par la même occasion, annoncé d'autres mesures visant à améliorer la gestion du logement social et à réaliser davantage d'économies, comme le financement des projets de logement social par des soumissions collectives et l'amortissement des coûts liés à l'amélioration des logements.

Lors de sa comparution devant le Sous-comité, le ministre d'État (Logement) de l'époque, l'honorable Alan Redway, a dit croire que le cycle de la pauvreté ne peut être rompu que si les enfants victimes de la pauvreté peuvent vivre dans un logement décent et dans un environnement sain. Il a cependant rappelé que près de 400 000 familles défavorisées n'ont toujours pas de logements décents abordables, parce que leur logis est surpeuplé, qu'il ne répond pas aux normes, ou encore que le loyer représente un pourcentage trop élevé du revenu familial¹³³. Bien que le logement soit un élément important de la lutte contre la pauvreté, le Ministre a rappelé que le phénomène de la pauvreté résulte de nombreux facteurs et que, par conséquent, il faut aussi mettre l'accent sur l'éducation, la formation professionnelle, les services de consultation, les mesures de soutien social et la création de débouchés¹³⁴.

M. Redway a souligné que les mesures d'aide du gouvernement visent surtout les personnes qui ont un besoin impérieux de logement. Quelque 1,3 million de ménages sont dans cette situation, notamment des familles monoparentales et biparentales, des personnes seules, des aînés, des personnes handicapées et des autochtones qui dépensent plus de 30 p. 100 de leur revenu pour avoir un logement décent et abordable¹³⁵. En 1988, les familles monoparentales dirigées par des femmes représentaient 14,8 p. 100 des familles ayant un besoin impérieux de logement, et les résultats d'enquêtes citées par M. Redway démontrent que près de 25 p. 100 des ménages vivant dans des logements sociaux sont des familles monoparentales. De plus, dans le portefeuille du logement social, 340 000 enfants de moins de 15 ans et 190 000 autres de 15 à 24 ans reçoivent de l'aide¹³⁶. Le Ministre a également souligné que tout juste plus de 10 p. 100 des projets de logements sociaux sont des édifices en hauteur et que le gouvernement met surtout l'accent sur la construction de projets plus petits, intégrés au milieu¹³⁷.

Le gouvernement verse annuellement 1,7 milliard de dollars en subventions pour répondre aux besoins en logement des Canadiens à faible revenu. Les logements sociaux, les logements à but non lucratif, les coopératives d'habitation, et les logements subventionnés par des programmes destinés aux autochtones représentent plus de 637 000 unités d'habitation subventionnées. La majorité des dépenses annuelles est affectée au maintien des subventions versées pour les logis existants, grâce auxquelles le coût du logement peut descendre jusqu'à 25 p. 100 du revenu familial; ce coût augmente tous les ans. L'excédent de ce qui est nécessaire pour aider les occupants du parc immobilier sert à : construire et subventionner de nouveaux logements; créer des programmes de supplément au loyer dans le cadre desquels le gouvernement achète pour les subventionner; et aider à la réparation des habitations visées par le Programme de remise en état des logements et par tous les programmes de logement pour autochtones. Entre 1986 et 1989, le gouvernement a aidé plus de 200 000 familles supplémentaires ayant un besoin impérieux de logement, par le truchement de programmes visant à améliorer les logis de qualité inférieure aux normes; à assurer des loyers adaptés au revenu et à créer de nouveaux logements sociaux. M. Redway a déclaré que les restrictions

- 133 Procès-verbaux, fascicule n° 3, p. 4.
134 Ibid., p. 8.
135 Ibid., p. 15, 16.
136 Ibid., p. 5.
137 Ibid., p. 5, 7.

L'objectif du gouvernement en matière de logement social est d'aider les ménages qui ne peuvent se procurer, sur le marché privé, un logement abordable, de qualité et de taille convenables. Cette aide est rendue possible grâce à des accords fédéraux-provinciaux en matière de financement des programmes de logement social.

En 1986, une nouvelle orientation a été imprimée à ces programmes et l'aide a été canalisée exclusivement vers les plus démunis. Le rôle prépondérant en matière d'application a été confié aux provinces en échange d'une participation financière accrue, atteignant au moins 25 p. 100 des dépenses totales, et du respect des objectifs fédéraux relatifs au logement des Canadiens à faible revenu. Selon le *Rapport annuel* de 1990 de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), les principaux programmes sont les suivants :

1. Le Programme de logement sans but lucratif qui subventionne, selon le principe du loyer proportionné au revenu, des logements locaux destinés à des ménages démunis;
2. Le Programme de supplément de loyer qui permet de subventionner, pour des fins de logement social, des habitations appartenant à des coopératives ou à des propriétaires-bailleurs privés, assorti de réductions déterminées d'après une échelle de loyers proportionnées au revenu;
3. Le Programme de logement sans but lucratif pour les autochtones en milieu urbain qui fournit à ceux qui sont démunis des logements locaux subventionnés en aidant des sociétés d'habitations sans but lucratif ou des coopératives parrainées par des autochtones à acheter et à exploiter des ensembles de logements à louer;

4. Le Programme de logement sans but lucratif dans les réserves qui permet de prêter de l'argent aux Indiens des réserves pour l'achat, la construction ou l'amélioration de logements afin de compenser une partie des coûts de financement et d'exploitation;
5. Le Programme de logement pour les ruraux et les autochtones qui offre aux ménages ruraux et autochtones la possibilité d'accéder à la propriété ou de louer un logement avec ou sans option d'achat, assorti de subventions calculées d'après une échelle de loyers proportionnées au revenu;
6. Le Programme d'aide à la remise en état des logements qui permet d'offrir des prêts aux propriétaires-occupants, aux propriétaires-bailleurs qui pratiquent des loyers approuvés par la SCHL, aux autochtones vivant dans les réserves et aux handicapés pour les aider à réparer, rénover ou transformer des logements intérieurs aux normes exigées;

7. Le Programme de réparations d'urgence qui aide financièrement les ménages des régions rurales à effectuer les réparations urgentes dont a besoin leur logement pour qu'ils puissent continuer de l'occuper sans danger;
8. Opération refuge, programme venant compléter d'autres mesures prises par le gouvernement pour lutter contre la violence intra-familiale et pour financer les centres d'hébergement pour les femmes battues et leurs enfants.

Le budget de 1990 indiquait une baisse de 15 p. 100 des fonds prévus pour les nouveaux engagements des programmes de logement social de la SCHL. Dans son budget de 1991, le gouvernement a consolidé cette politique, annonçant qu'une telle réduction serait appliquée

En parlant au Sous-comité du rapport sénatorial intitulé *La pauvreté dans l'enfance et les problèmes sociaux à l'âge adulte*, la sénateur Lorna Marsden a fait état des énormes coûts sociaux, humains et économiques associés à la pauvreté chez les enfants, de même que l'importance d'améliorer leur situation grâce à des programmes appliqués promptement. Elle a souligné ce qui suit :

À long terme, les problèmes sociaux des adultes risquent de coûter beaucoup plus cher, tant sur les plans humains qu'économiques, que des programmes efficaces visant à atténuer la pauvreté chez les enfants¹³².

Le Sous-comité reconnaît aussi les mérites de la prévention primaire, de l'intervention précoce et d'autres programmes semblables, ainsi que les efforts déployés par les bénévoles des banques d'aliments et d'autres programmes de soutien communautaire. Le Sous-comité recommande :

A10 Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux prévoient des fonds pour des programmes de prématernelle desservant les collectivités à haut risque. Ces programmes pourraient ressembler à celui de la prématernelle Perry ou à d'autres modèles qui permettraient d'améliorer le niveau d'instruction et la santé des enfants, ainsi que d'accroître l'appui et les ressources dont disposent les parents;

A11 Que le gouvernement fédéral incite fortement les gouvernements provinciaux et territoriaux, par l'entremise des commissions scolaires et conjointement avec les bénévoles communautaires, à favoriser dans toutes les écoles du Canada des programmes de petit déjeuner, de déjeuner et de goûter équilibrés;

A12 Que les banques d'aliments retournent à leur rôle original d'organismes de collecte d'aliments, et que ces organismes soient encouragés surtout à redistribuer les aliments excédentaires aux foyers d'accueil, aux responsables des programmes scolaires de petit déjeuner, de déjeuner et de goûter et aux organismes de charité. En outre, il faudrait encourager les organisations désireuses d'apaiser la faim et d'autres organisations comme les services de santé publique, lorsque les compétences et le bénévolat existent, à offrir des programmes qui montreraient aux gens à bien se nourrir, à profiter des aubaines dans les magasins et à faire leurs courses et à cuisiner en coopération.

A13 Que le gouvernement fédéral mette en place un programme national de reconnaissance des bénévoles soulignant leur contribution au soutien communautaire des enfants. Ce programme devrait comprendre deux volets : remise de prix aux bénévoles exceptionnels dans chaque province et diffusion de l'information sur les éléments essentiels des programmes qui fonctionnent bien. En outre, le Sous-comité recommande que, dans le cadre d'autres programmes bénévoles pertinents, la contribution des bénévoles au secteur des services sociaux soit reconnue.

Le Sous-comité est d'avis qu'il faudrait financer ces initiatives dans le cadre de la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants.

préventives. (. . .) Il ne faudrait probablement plus utiliser l'expression banque d'alimentation. Cela intéresse bien peu de gens. La plupart des gens pensent qu'il serait tout simplement stupide de supprimer une telle ressource, parce qu'elle est considérable et qu'elle est en soi un bienfait social, même si elle ne satisfait pas adéquatement aux besoins alimentaires des gens¹²⁷.

Le Sous-comité ne croit pas que les banques alimentaires devraient s'institutionnaliser. Il pense plutôt qu'elles devraient passer d'un rôle où elles donnent à manger à ceux qui ont faim à un rôle de collecte d'aliments excédentaires pour redistribution, un changement qui représenterait un retour à leur rôle original. De l'avis du Sous-comité, le rôle du gouvernement fédéral doit être de créer un environnement économiquement favorable, un contexte de formation et de création d'emplois qui fournira aux familles des revenus suffisants pour leur permettre de nourrir leurs enfants.

Le Sous-comité pense que, pour enrayer la pauvreté chez les enfants, il faudra que tous les paliers de gouvernement de même que la collectivité s'attellent à la tâche. Plusieurs témoins ont suggéré d'amener la collectivité et les administrations locales à jouer un rôle plus actif. Le Conseil des affaires sociales du Québec a dit au Sous-comité que :

Si on veut que tous nos citoyens soient actifs et puissent contribuer à la création de la richesse et maintenir notre pays parmi les pays riches de l'OCDE, il va falloir adopter une approche différente. En réalité, il s'agit d'une nouvelle réforme. Il va falloir inverser cette pyramide voulant que l'Etat répande ses grâces et faire en sorte que la grâce parte des élus locaux¹²⁸.

La participation de la collectivité a aussi été préconisée par le Comité consultatif des écoles du projet Avenir du Conseil scolaire d'Ottawa, qui a suggéré au Sous-comité

que des fonds soient mis directement à la disposition des organismes communautaires travaillant avec les écoles pour organiser des petits déjeuners . . . à l'intention des enfants des quartiers à faible revenu ¹²⁹.

Enfin, la collaboration entre les différents paliers de gouvernement et les secteurs est aussi considérée comme importante. Le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a dit au Sous-comité :

les décisions ne doivent pas être prises par un seul secteur du gouvernement. Elles doivent être intersectorielles. (. . .) Il faut avoir une politique beaucoup plus globale entre chacun des secteurs d'activité gouvernementaux. (. . .) Quand on regarde tout le phénomène, on ne le regarde pas en fonction de la partie qui revient au gouvernement fédéral et de celle qui revient au gouvernement provincial. Cela touche toutes les couches¹³⁰.

M^{me} Zanada Akande, ex-ministre des services communautaires et sociaux de l'Ontario, a indiqué :
Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent travailler ensemble pour lutter contre la pauvreté chez les enfants. La lutte contre la pauvreté chez les enfants exige un partenariat et des efforts de collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux¹³¹.

¹²⁷ Ibid., p. 48.

¹²⁸ Procès-verbaux, fascicule n° 10, p. 23.

¹²⁹ Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 148.

¹³⁰ Ibid., p. 23.

¹³¹ Ibid., p. 79.

- | | |
|-----|---|
| 123 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 8, p. 11. |
| 124 | <i>Ibid.</i> , p. 30. |
| 125 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 11, p. 24. |
| 126 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 11, p. 42. |

Je pense qu'aucune banque d'alimentation n'offrira de services d'urgence une minute de plus que nécessaire (. . .) Il y aura peut-être alors un système écologique qui s'installera, un système qui existe déjà depuis 10 ans, selon lequel des aliments sont remis à des groupes sociaux à des fins

L'Association a ajouté ce qui suit :

(T)outes les banques d'alimentation ont été créées temporairement, dans la plupart des cas, si ce n'est pour la récupération des aliments qui étaient acheminés à 60 p. 100 ou 70 p. 100 vers les abris destinés aux femmes battues. Ce n'était pas pour les cas d'urgence. (. . .) Nous voulons remplacer le besoin des banques d'alimentation (. . .) 126

des banques alimentaires en ces mots :

L'Association canadienne des banques alimentaires a raconté au Sous-comité les origines

Le Sous-comité félicite les banques alimentaires de tout le Canada qui ont contribué, par leur action, à améliorer la vie des familles et des enfants pauvres. L'Association canadienne des banques alimentaires a d'ailleurs fait remarquer au Sous-comité qu'au Canada, les comptoirs des banques alimentaires sont plus nombreux que les chaînes de restaurants ou de supermarchés¹²⁵. Elle estime que les enfants de moins de 18 ans forment le groupe social le plus nombreux et le plus exposé à la faim, et que ceux qui font appel aux banques alimentaires seraient affamés si ces dernières ne leur portaient secours. Le Sous-comité félicite de leur générosité les sociétés, les particuliers, ainsi que tous les groupes qui donnent aux banques alimentaires.

De plus, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a déclaré qu'un programme d'alimentation à l'école relèverait des provinces puisque l'éducation et les services sociaux sont des responsabilités provinciales¹²⁴.

«... il serait certes utile de nourrir les enfants par le truchement de l'école. Il ne faut toutefois pas déduire que la Commission scolaire ou l'école proprement dite doivent se charger de créer, d'appliquer, de payer ou de gérer la politique d'un pareil projet... (Ses) réactions sont partagées quant à l'idée d'utiliser l'école pour nourrir des enfants et leur famille. Il vaudrait peut-être mieux donner des fonds aux familles pour qu'elles puissent nourrir leurs propres enfants¹²³.»

Le Sous-comité estime que le rôle du gouvernement fédéral est de dispenser des prestations pour enfants et de favoriser les perspectives économiques qui permettront aux familles de bien prendre soin de leurs enfants. Il partage l'avis de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants, selon laquelle

De nombreux témoins ont également dit appuyer les programmes de petits déjeuners et de goûters à l'école afin d'apaiser la faim de certains enfants. Un grand nombre d'enseignants estiment que donner à manger aux enfants qui ont faim favorise chez eux un meilleur apprentissage. Il n'y a pas de stigmates lorsqu'un pareil programme est offert à tous, et c'est la raison pour laquelle cette formule est préférable à celle qui ne vise que les enfants des familles pauvres.

Le Sous-comité reconnaît que des projets de cette nature entraînent des dépenses. Toutefois, il est convaincu que, tout comme les mesures visant à réduire le nombre de naissances, d'un poids insuffisant, leurs avantages à long terme l'emportent sur leurs coûts.

Devant l'urgence de la situation, le Sous-comité pense que le gouvernement fédéral devrait mettre en application immédiatement les recommandations qui sont facilement réalisables, les autres mesures devant être appliquées aussitôt que possible, mais sans faute avant l'an 2000.

3. Intervention dans les écoles et soutien de la communauté

De nombreux témoins ont souligné les problèmes qui se posent aux enfants pauvres à l'école : difficultés de concentration causées par la faim, gêne d'être « mal » habillé ou de ne pouvoir suivre le groupe lorsqu'il y a des sorties, taux élevé de décrochage. Il semble pourtant possible d'améliorer les résultats scolaires d'un grand nombre de ces enfants grâce à divers programmes.

Il ne faut pas oublier à quel point il est important, pour des enfants en bas âge, de faire des expériences positives d'apprentissage. Certaines familles pauvres ne peuvent toutefois créer un environnement propice au développement moteur, à l'acquisition de la langue, ou à d'autres d'apprentissages. Selon l'Association Headstart d'Ottawa-Carleton pour les enfants d'âge préscolaire, des études ont permis de conclure que les enfants qui n'ont pas un bagage linguistique bien développé à leur arrivée à la maternelle et en première année accusent un retard par rapport aux autres pendant toutes leurs études. L'Association laisse également entendre que bon nombre des enfants pauvres ont des maladies bénignes attribuables à une mauvaise alimentation. Le fait qu'ils jouent peu au grand air aggrave souvent cette situation. L'Association fait remarquer de plus que la maladie amène ces enfants à prendre beaucoup de médicaments d'ordonnance; dans certains cas, la dépendance à ces médicaments s'installe dès l'âge de 3 ou 4 ans. Enfin, la *Ottawa-Carleton Day Care Association* a signalé qu'il faut se tourner davantage vers des programmes destinés aux nourrissons et aux bambins¹¹⁹.

Certains témoins ont évoqué des études canadiennes et américaines montrant que plus les interventions sont précoces et soutenues, auprès des enfants, meilleures sont les retombées sociales et économiques. On a avancé qu'il fallait également faire participer les parents à ces programmes, qui devraient mettre l'accent sur le développement de l'enfant, l'alimentation, l'éducation et l'aide aux parents. Le *Perry Preschool Program* des États-Unis a été souvent cité en exemple. Le professeur Waller a déclaré au Sous-comité que ce programme avait permis de réduire de 20 p. 100 le taux d'analphabétisme, le taux d'abandon scolaire et le nombre d'assistés sociaux. À son avis, une intervention pendant la petite enfance et pendant les premières années d'école est presque le seul moyen de réduire le taux de criminalité¹²⁰. Le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse a dit au Sous-comité que le Programme avait permis de doubler le taux d'emploi et de participation au niveau collégial. Il a permis de diminuer de moitié le taux de grossesse chez les adolescentes et le pourcentage d'années d'éducation spécialisée¹²¹.

Le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse a aussi fait valoir les avantages d'une intervention hâtive, citant à l'appui des études selon lesquelles chaque dollar investi dans la qualité des programmes préscolaires permet d'économiser 4,75 \$ sur les coûts de l'éducation spécialisée, de l'assistance publique et de la criminalité. Enfin, le Conseil a signalé qu'un investissement annuel de 500 \$ dans le rattrapage pouvait permettre d'économiser 3 000 \$, soit ce qu'il en coûte pour faire reprendre une année scolaire¹²².

119	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 5, 6, 8.
120	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 23.
121	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 9, p. 57.
122	Mémoire au Sous-comité, p. 23, 26.

- A2 Que le gouvernement fédéral supprime le plafond de 5 p. 100 imposé à la croissance des crédits affectés au Régime d'assistance publique du Canada pour les services de garde dans les provinces qui ne reçoivent pas de paiements de péréquation fiscale.
- A3 Que le gouvernement fédéral débloque des crédits représentant la moitié du coût d'un programme élargi de services de garde subventionnés, autorisés et dont les tarifs sont calculés en fonction du revenu.
- A4 Qu'un groupe de travail fédéral/provincial/territorial soit mis sur pied pour élaborer des normes nationales pour les services de garde agréés. Ces normes doivent être conformes aux recommandations des spécialistes dans le domaine du développement de l'enfant et faire l'objet d'un contrôle et d'une application suffisants.
- A5 Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux établissent un système national de garde d'enfants qui soit
- a) accessible à tous, quels que soient leur revenu, leur région ou leur situation de travail;
 - b) d'une vaste portée, offrant toute une gamme d'options en matière de garde d'enfants de manière à tenir compte des besoins différents des familles, des enfants et des collectivités; et
 - c) de grande qualité, conformément aux normes recommandées par les spécialistes en développement de l'enfant.
- A6 Que le gouvernement fédéral, au moyen de mesures comme des allègements fiscaux pour les frais de fonctionnement et de rénovation des immobilisations, incite les entreprises à ménager un espace pour des services de garde. Ces services, offerts en milieu de travail, seraient destinés à des enfants d'âge préscolaire et, en priorité, aux enfants des employés. Ces encouragements devraient être accordés en fonction du nombre d'espace créés, jusqu'à concurrence d'un certain nombre.
- A7 Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, au moyen de subventions de démarrage et de rénovation des immobilisations, incitent les lieux de culte reconnus comme organismes de charité enregistrés exonérés d'impôt aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu à ménager un espace pour des garderies agréées et à leur offrir de l'aide, plus particulièrement à celles qui s'occupent de nourrissons et d'enfants d'âge préscolaire.
- A8 Que les gouvernements provinciaux et territoriaux encouragent les conseils et commissions scolaires à établir dans les écoles des garderies communautaires sans but lucratif administrées par la collectivité. Les conseils et commissions scolaires devraient avoir droit à divers stimulants, y compris des fonds de rénovation des immobilisations, des subventions de démarrage et des allègements fiscaux pour les frais d'équipement et d'entretien engagés à l'intérieur des budgets actuels des écoles.
- A9 Que les ministères de l'Éducation des provinces et des territoires soient encouragés à mettre sur pied un système de prématernelle et de maternelle.

plus de 50 000 \$ l'étaient également. Les familles à revenu élevé étaient plus susceptibles que les autres de payer des frais de garde élevés. Les mères qui payaient les services d'une gardienne devaient déboursier en moyenne 1,27 \$ l'heure.¹¹⁴

Comme on l'a indiqué plus tôt, d'après les constatations de l'enquête, en 1988, environ 202 000 enfants ont été envoyés en garderie, représentant un peu plus de 7,5 p. 100 du nombre total d'enfants confiés à une gardienne cette année-là. La grande majorité d'entre eux étaient très jeunes. L'enquête a conclu que les services de garderie revenaient en moyenne, pour les parents, à 1,59 \$ l'heure.¹¹⁵ En 1988, 6 p. 100 des enfants en garderies coûtaient à leur famille plus de 100 \$ par semaine et 5 p. 100 ne coûtaient rien à leur famille, probablement parce que leur place était subventionnée. Sur les 89 p. 100 des enfants restants, la moitié coûtaient de 1 \$ à 50 \$ par semaine en frais de garderie à leurs parents, comparativement à 51 \$ et 100 \$ pour l'autre moitié. Les places de 21 p. 100 des enfants en garderies sont subventionnées, dans une certaine mesure, par le gouvernement, les subventions étant surtout réservées aux familles à faible revenu. On a constaté qu'en 1988, 31 p. 100 des enfants appartenant à des familles dont le revenu variait entre 1 \$ et 30 000 \$ recevaient des subventions et que 49 p. 100 de ceux dont la famille gagnait 30 000 \$ ou moins bénéficiaient d'une forme d'aide financière. Cela laisse supposer que ces estimations sont faibles.¹¹⁶

Enfin, l'enquête a indiqué qu'environ 47 p. 100 des enfants en garderies étaient placés dans des garderies exploitées par des organismes privés en 1988, et 24 p. 100 étaient inscrits dans des garderies administrées par des organismes communautaires ou des centres de jour. Cette même année, plus de 13 p. 100 des enfants participaient à des programmes parrrainés par la municipalité et 11 p. 100 étaient placés dans des garderies administrées par une école ou une église. Les familles à faible revenu faisaient davantage appel aux garderies administrées par la municipalité ou par un organisme communautaire, ou encore aux centres de jour, plutôt qu'aux garderies privées.¹¹⁷

Le Sous-comité a par ailleurs constaté que les coûts des services de garde varient selon l'âge de l'enfant. La garde des enfants de moins de trois ans est assez coûteuse et demande beaucoup de personnel; elle peut coûter aux parents jusqu'à 33 p. 100 de plus que pour des enfants plus âgés.¹¹⁸

Le Sous-comité est convaincu que des services de garde adéquats, abordables et accessibles, constituent une importante mesure pour prévenir et atténuer la pauvreté chez les enfants. Le fait d'assurer aux familles l'accès à des services de garde souples, abordables et de grande qualité permettrait aux deux parents, dans le cas d'une famille biparentale, d'accepter un emploi leur assurant un revenu au-dessus du seuil de faible revenu, et au Canada de disposer de la main-d'œuvre dont il a besoin pour rester compétitif.

Puisque le Sous-comité est d'avis que les services de garde constituent une mesure préventive importante contre la pauvreté et compte tenu, comme l'ont signalé de nombreux témoins, du besoin urgent de mettre sur pied un système national de garde d'enfants qui soit souple, accessible, abordable et de grande qualité, le Sous-comité recommande, lorsque les fonds seront déterminés :

¹¹⁴ Susan Crampton, p. 78, et Mary Anne Burke et al., p. xx.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 77.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 78.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 78.

¹¹⁸ Mary Anne Burke, et al., p. 13.

activité accrue. De tels services de garde sont essentiels à la participation égale des femmes sur le marché du travail. Comme l'indique le tableau 18, si l'on compare deux familles gagnant un revenu net de 34 319 \$, tandis que la famille à revenu unique toucherait 36 042 \$. Il faut apporter un avantage d'appui aux familles qui ont des frais de garde d'enfants.

Le Sous-comité sait qu'il existe divers types de garde d'enfants — des garderies agréées, non agréées, des services de garde en milieu familial, des centres de jour, des programmes de garde avant ou après l'école. En 1990, plus de trois millions d'enfants ont dû être gardés par une personne autre que leur mère parce que cette dernière travaillait. Ce chiffre représente une hausse par rapport à ceux de 1985 et de 1971, qui étaient respectivement de 2,6 millions et de 1,4 millions. Sur ces trois millions d'enfants, un peu plus de 43 p. 100 étaient âgés de moins de six ans et près de 57 p. 100 étaient âgés entre six et 12 ans.¹¹¹

La plupart des parents choisissent un mode de garde privé plutôt qu'un service de garde structurel, ce qui s'avère relativement moins coûteux lorsqu'ils ne reçoivent pas de subvention. L'enquête nationale sur la garde des enfants a permis de constater que les services d'un gardien(ne) étaient le mode de garde le plus fréquemment utilisé. L'expression «gardien(ne)» peut désigner une personne apparentée, un voisin, un ami ou un autre adulte, ainsi que les bonnes d'enfants et les personnes détenant une licence approuvée, les autorisant à offrir des services de garde. En 1988, environ 1 814 000 enfants de moins de 13 ans, représentant presque 68 p. 100 du nombre total des enfants en garderie cette année-là ont été confiés aux soins d'une gardienne comparative à 578 000 enfants inscrits au jardin d'enfants ou à la maternelle, à 202 000 placés en garderie et à 83 000 inscrits à des programmes de garde avant ou après l'école.¹¹² Dans la plupart des cas, la déduction de frais de garde d'enfant est la seule mesure fédérale en vertu du système fiscal et de transfert qui existe pour aider à payer les frais de garde.

En ce qui concerne les dépenses consacrées par les parents aux services de garde, l'enquête a conclu que les services d'une gardienne constituent une option relativement abordable, les dépenses hebdomadaires par enfant s'élevant à moins de 50 \$ pour pratiquement 85 p. 100 des enfants confiés aux soins d'une gardienne; dans 32 p. 100 des cas, ces services étaient gratuits et dans un autre 32 p. 100 des cas, ces services coûtaient entre 1 \$ et 25 \$ dollars par semaine. Enfin, pour plus de 21 p. 100 des parents, ils coûtaient de 26 \$ à 50 \$ par semaine. Bref, moins de 6 p. 100 des enfants coûtaient plus de 75 \$ par semaine à leurs parents en frais de garde.¹¹³ Les dépenses consacrées aux services d'une gardienne variaient en fonction du revenu familial. Les familles à faible revenu étaient beaucoup plus susceptibles de faire appel aux services d'une gardienne, faiblement rémunérée. Près de la moitié des enfants appartenant à des familles dont le revenu se situait entre 1 \$ et 20 000 \$ et 39 p. 100 de ceux dont le revenu familial s'échelonnait entre 20 001 \$ et 30 000 \$, étaient gardés gratuitement mais presque un quart de ceux dont les familles gagnaient

111	Mary Anne Burke, Susan Crampton, Allison Jones et Katherine Kessner, «La garde des enfants», <i>Tendances sociales</i> , Statistique Canada, Catalogue 11-008, automne 1991, p. 12.
112	Susan Crampton, «Qui s'occupe des enfants lorsque la mère travaille à l'extérieur?», <i>L'emploi et le revenu en perspective</i> , Statistique Canada, Catalogue 75-001, Été 1991, p. x.
113	Mary Anne Burke, Susan Crampton, Allison Jones et Katherine Kessner, «La garde des enfants», <i>Tendances sociales</i> , Statistique Canada, Catalogue 11-021, Automne 1991, p. 15.

Plusieurs témoins ont corroboré les vues du Sous-comité. M. Martin Dooley, du département économie de l'Université McMaster a indiqué au Sous-comité que :

les couples mariés sont surtout parvenus à augmenter leur revenu et à se sortir de la pauvreté grâce aux transferts gouvernementaux et à une présence plus importante sur le marché du travail, pour la femme, et non par le biais d'une augmentation du taux réel de rémunération pour l'un ou l'autre des membres de la famille. . . . L'augmentation de la productivité, du taux réel de rémunération n'a donc eu qu'un effet modeste sur le déclin de la pauvreté. Ce dernier est beaucoup plus attribuable à une augmentation des transferts et du nombre d'heures de travail effectuées par les membres de la famille 104.

Pour sa part, le Social Planning and Research Council de Colombie-Britannique a fait l'observation suivante :

La prétendue augmentation de notre bien-être au Canada tient principalement au fait qu'il y a deux revenus par ménage et non pas à une augmentation des revenus individuels¹⁰⁵.

On a calculé qu'en 1970, la contribution des épouses représentait environ 15 p. 100 du revenu total des familles où le mari avait moins de 65 ans et environ 21,5 p. 100 de celui des familles où le mari avait plus de 65 ans; en 1985, cette part avait atteint respectivement 25 p. 100 et 29,3 p. 100. L'apport moyen des épouses dans toutes les familles mari-épouse est passé de 15,1 p. 100 en 1970 à 25,3 p. 100 en 1985¹⁰⁶. De plus, en ce qui concerne les épouses travaillant à temps plein toute l'année, leur apport moyen au revenu familial global est passé de 37 p. 100 en 1970 à 40 p. 100 en 1985¹⁰⁷. Leur apport est donc important. Au cours de la période de 1970 à 1985, le revenu familial moyen a augmenté de 30,4 p. 100. On a calculé que, sans l'activité accrue des épouses sur le marché du travail, cette augmentation aurait été de 22,8 p. 100¹⁰⁸. De plus, en 1986, près de 65 p. 100 des familles ont évité la pauvreté grâce à la contribution financière d'une femme¹⁰⁹.

Par conséquent, l'important pour le Sous-comité, ce n'est pas uniquement le lien qui existe entre la garde d'enfants et la possibilité pour les deux parents de travailler pour maintenir leur niveau de vie mais également le lien qui existe entre la garde des enfants et l'importance de la population active canadienne. Comme on l'a indiqué plus tôt, certains témoins ont laissé entendre que certaines femmes restent à la maison à cause de l'absence de services de garde d'enfants. De nombreux analystes ont constaté que le ralentissement de la croissance de la population active coïncidait avec une baisse du taux de natalité et le vieillissement de la population. Pour sa part, le Conseil économique du Canada a indiqué qu'«avec le ralentissement de la croissance de la population active canadienne, l'apport des travailleurs plus âgés à l'économie devient encore plus essentielle»¹¹⁰. Le Sous-comité considère qu'une autre source de croissance de la population active réside dans la présence accrue des femmes sur le marché du travail, bien que leurs niveaux élevés de participation à l'heure actuelle signifient que cette source de croissance est limitée. Quoi qu'il en soit, le Sous-comité estime que la prestation de services de garde d'enfants satisfaisants et abordables pourrait inciter certaines femmes à entrer sur le marché du travail ou à y exercer une

104 Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 110.

105 Ibid., p. 29

106 Abdul Rashid, «Rémunération des femmes et revenu des familles», L'emploi et le revenu en perspective, Canada, Catalogue 75-001, Été 1991, p. 27, 36.

107 Ibid., p. 33.

108 Ibid., p. 35.

109 Child Welfare League of America/Canada, p. 25.

110 Conseil économique du Canada, L'emploi au futur : tertiarisation et polarisation, Ottawa, 1990, p. 26.

répond aux objectifs établis dans le cadre de la Stratégie des bébés en santé, tels que définis par Santé et Bien-être social Canada. Ce supplément pourrait être versé par l'intermédiaire du régime de soins de santé ou du régime d'assistance sociale.

Le Sous-comité reconnaît que ces entreprises entraîneront des coûts, mais il abonde dans le sens du docteur Chance selon lequel «tout indique que, si l'on parvient à briser le cercle pauvre, faible poids à la naissance, nous économiserons de l'argent. Evidemment, cela suppose qu'il soit prêt à en dépenser quelque peu à cette fin¹⁰². Comme indiqué précédemment, le Sous-comité a appris que si une femme enceinte participait à un programme prénatal depuis sa dix-huitième semaine de grossesse jusqu'à son accouchement, et si elle recevait un supplément diététique consistant en un litre de lait et un oeuf par jour et des suppléments de vitamines et de minéraux, il a été estimé que ce supplément diététique coûterait environ 45 \$ par mois. Le Conseil canadien d'enfance et de la jeunesse a dit au Sous-comité que chaque dollar investi en soins prénatal permet d'économiser 3,38 \$ sur le coût des soins requis par les nouveaux-nés dont le poids à la naissance est insuffisant¹⁰³. Les membres du Sous-comité estiment qu'il faut entreprendre ces efforts le plus tôt possible.

2. Garde des enfants

En décembre 1987, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque a rendu public la Stratégie nationale sur la garde des enfants. Cette stratégie comportait trois volets principaux : de nouvelles mesures pour accélérer la création de places en garderie de qualité; d' nouveaux allègements fiscaux pour les familles ayant des enfants d'âge préscolaire ou des enfants ayant des besoins spéciaux; et une caisse pour financer des projets innovateurs visant à répondre aux besoins en matière de garde d'enfants. Au cours des sept premières années de son application la Stratégie devait bénéficier de crédits s'élevant à 6,4 milliards de dollars.

Bien que les mesures d'aide fiscale et la Caisse d'aide aux projets en matière de garde de enfants aient déjà été mises en oeuvre, le gouvernement a annoncé dans son budget de 1989, qu'il ne donnerait pas suite à la proposition relative à la création de places en garderie. Toutefois, le gouvernement a indiqué que, avant la fin de son mandat, il prendrait des mesures pour atteindre les objectifs qu'il s'était fixés en matière de garde d'enfants et que, entre-temps, il continuerait de partager le coût des services de garde subventionnés aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. On avait estimé à l'époque que la décision du gouvernement de ne pas créer de places en garderie permettrait de réaliser des économies de 175 millions de dollars et de 1989-1990. Jusqu'à maintenant, le gouvernement n'a annoncé aucun autre plan en ce qui concerne la création de places.

Le Sous-comité considère que la garde des enfants est une question d'une importance primordiale, surtout en raison du grand nombre de familles ayant deux soutiens économiques de familles monoparentales. En août 1991, par exemple, le taux de participation au marché de travail des mères de familles monoparentales avec des enfants d'âge préscolaire était de 50,6 p. 100; ce taux est de 62,5 p. 100 pour ces femmes avec des enfants de moins de 16 ans. De plus, le Sous-comité estime que le nombre important des familles ayant deux soutiens économiques contribue au maintien de leur niveau de vie en cette période de récession. De plus en plus, le nombre de soutiens économiques dans un ménage constitue une importante caractéristique qui distingue les ménages pauvres des ménages qui ne le sont pas.

¹⁰² Ibid., p. 15.

¹⁰³ Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 58.

Enfin, une mauvaise nutrition après la naissance peut nuire au développement de l'enfant, comme l'a indiqué Mme Claudette Bradshaw du Moncton Headstart Program :

L'un des employés [du Moncton Headstart Program] est allé dans un foyer la semaine dernière où un bébé buvait du Kool-Aid. . . 100 et

J'ai vu des enfants venir nous voir [Moncton Headstart Program] qui ignoraient qu'il fallait mettre de la sauce sur les spaghetti. . . Si vous leur donnez un légume, ils le vomissent, ils sont malades. . . 101

Conscients de l'importance de la santé de la mère pendant la grossesse et de son incidence sur la fréquence des cas d'insuffisance pondérale à la naissance, de même que de l'importance de la sensibilisation en matière de santé et de nutrition les membres du Sous-comité recommandent :

A1 Que Santé et Bien-être social Canada, de concert avec les provinces et les territoires et les organismes nationaux, élaborent une stratégie des «bébés en santé» et des lignes directrices provinciales/territoriales. La stratégie devrait inclure les éléments ci-après,

a) une campagne d'information afin de sensibiliser les éventuels parents à l'importance de la santé de la femme tant avant qu'après la conception, et aux effets de sa santé sur les enfants conçus et les nourrissons. Cette campagne d'information devrait pouvoir servir aussi bien aux milieux éducatifs et communautaires qu'aux organismes de santé et au personnel médical.

b) l'institution de programmes d'initiation à la vie familiale dans les écoles, comprenant des cours sur les soins à donner aux nouveau-nés, leur nutrition et leur santé, ainsi que sur les conséquences néfastes de la drogue, du tabac et de l'alcool et d'autres dangers pour les enfants à naître.

c) la décision que Santé et Bien-être social Canada exige de tous les fabricants de boissons alcoolisées et de produits du tabac, de médicaments et de drogues qu'ils avertissent les consommateurs du danger que ces produits présentent pour les enfants à naître.

d) l'obligation pour les services de santé publique et les organismes semblables d'élaborer et de mettre en oeuvre un programme prénatal concerté dont les objectifs seraient semblables à ceux du Dispensaire diététique de Montréal, et ce, afin de réduire le taux d'insuffisance pondérale à la naissance.

e) le versement par le gouvernement fédéral d'un supplément spécial pour l'alimentation de 45 \$ par mois, rajusté chaque année en fonction du coût de la vie et revu tous les trois ans. Ce supplément doit commencer à être versé au moment où le diagnostic de grossesse est posé, à condition que la bénéficiaire participe régulièrement à un programme prénatal qui

- 95 *Procès-verbaux*, fascicule n° 12, p. 4, 5, 6.
- 96 *Ibid.*, p. 14. Ces chiffres ont été corroborés par les responsables de l'Institut canadien de la santé infantile. Ces derniers ont en effet indiqué au Sous-comité que, d'après une étude faite par l'Université McMaster, il fallait déboursier en moyenne 60 000 \$ pour soigner chaque nouveau-né présentant une insuffisance pondérale, tandis que les soins donnés à un nouveau-né de poids moyen coûtaient beaucoup moins cher. (Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 9, p. 119).
- 97 *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la Chambre des communes de la santé nationale et du bien-être social*, fascicule n° 45, p. 6.
- 98 *Procès-verbaux*, fascicule n° 12, p. 11.
- 99 *Ibid.*, p. 6.

L'usage du tabac chez la femme enceinte est également un facteur important contribuant à l'insuffisance pondérale. D'après le docteur Chance, le poids du bébé à la naissance sera réduit de 250 grammes pour chaque paquet de cigarettes que fume quotidiennement la femme enceinte⁹⁹.

L'amélioration de l'alimentation maternelle pendant la grossesse est une mesure qui permet de réduire le nombre de cas d'insuffisance pondérale à la naissance. Selon des témoignages qu'a entendus le Sous-comité, le programme prénatal réalisé par le Dispensaire diététique de Montréal, par exemple, a permis de ramener de 9 p. 100 à 4,5 p. 100 la proportion de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale dans un groupe de femmes à très haut risque, et à 5,6 p. 100 pour toutes les clientes du programme. Le programme comprend des suppléments alimentaires, des visites à domicile, des services d'aiguillage et d'autres formes d'aide⁹⁸. Le Sous-comité a aussi été mis au courant des bienfaits de programmes offrant le petit-déjeuner et du jus d'orange aux femmes enceintes ou allaitantes.

Comme nous l'avons déjà indiqué, les soins donnés aux nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale sont coûteux. Le docteur Chance a expliqué au Sous-comité qu'il faut déboursier 1 500 \$ par jour pour les soins donnés en unité périnatale à un bébé pesant 1 500 grammes à la naissance et que le séjour moyen était de 40 jours. Le coût total s'établit donc en moyenne à 60 000 \$ par nouveau-né⁹⁶. Certains cependant estiment que ce coût est en fait plus élevé. Quand il a comparé en mai 1988 devant le Comité permanent de la Chambre des communes de la santé nationale et du bien-être social, le docteur Robin Walker, néonatalogiste et, par la suite, vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a affirmé qu'il fallait déboursier environ 100 000 \$ pour soigner chaque nouveau-né présentant une insuffisance pondérale. En outre, certains des bébés nécessitent des soins médicaux et des services d'éducation spéciaux, ce qui risque d'augmenter considérablement les coûts qu'entraîne l'insuffisance de poids à la naissance⁹⁷. Il serait donc utile, du point de vue économique à tout le moins, de prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance plutôt que de donner des soins néo-natals intensifs de longue durée et de fournir de façon soutenue des soins de santé et des services d'éducation.

C'est tout particulièrement à l'insuffisance pondérale des nouveau-nés qu'il faut s'arrêter. Le docteur Chance a souligné aux membres du Sous-comité qu'une action concertée visant la prise de mesures médicales, sociales et économiques permettrait de réduire la fréquence des cas d'insuffisance pondérale pour la ramener à 4 p. 100, soit, dans l'absolu, à 15 000 nouveau-nés présentant une insuffisance de poids, au lieu de 21 000. On pourrait en outre s'attendre à une baisse appréciable de la morbidité⁹⁵.

J'ai souvent fait des fugues et quand j'ai eu 14 ans, j'ai été confiée à l'assistance sociale. . .) A l'âge de 16 ans, toutefois, j'ai voulu m'émanciper et commencer à vivre ma vie, et comme première étape vers l'indépendance je suis entrée dans un foyer collectif. (. .) Les circonstances ont de nouveau changé: au bout de six ou sept mois, j'ai quitté le foyer collectif pour prendre un logement à moi. Il y a deux ans et demi de cela, et je suis toujours encore en train d'essayer d'organiser ma vie. (. .) Pour me payer un régime alimentaire équilibré, je dois renoncer à faire toutes les choses auxquelles je tiens, le cinéma, la danse, les musées et les sports. (Liz, une adolescente pauvre)⁹³

A. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET D'INTERVENTION PRÉCOCÉ

De nombreux témoins ont indiqué, chacun à leur façon, qu'il faudrait payer le prix tôt ou tard. Voici ce que la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants a déclaré :

Nous devons payer, d'une façon ou d'une autre, cela ne fait aucun doute. Nous payons l'analphabétisme. Nous payons les abandons scolaires. . . . Nous payons les établissements de redressement et le régime d'assurance-santé. Nous payons encore et toujours. Il y aurait des arguments fort logiques à faire valoir . . . en faveur d'affectation de fonds à titre préventif . . . , c'est-à-dire qu'il vaut mieux prévoir que d'éponger les pertes par la suite⁹⁴.

Le Sous-comité convient qu'il faut viser la prévention mais que si la prévention est impossible, il faut procéder à une intervention précoce pour atténuer les répercussions de la pauvreté chez les enfants.

1. Une stratégie de «bébés en santé»

La majorité des enfants canadiens sont en bonne santé à la naissance parce que leurs parents ont accès à des services de santé et des programmes éducatifs et médicaux et qu'ils profitent de soins prénatals et post-natals améliorés. Néanmoins, certains enfants sont en mauvaise santé, ce qui entraîne des problèmes économiques et sociaux. Il convient de noter aussi les écarts appréciables dans les taux de mortalité infantile d'une région à l'autre du Canada, de même que la situation canadienne par rapport au contexte international, comme nous l'avons vu précédemment et qui est illustrée dans les tableaux 7, 8 et 9. Il faut faire davantage pour assurer la bonne santé de nos enfants. Des progrès peuvent être apportés, même dans les provinces où les taux de mortalité infantile sont relativement peu élevés en ce moment.

Pour maintenir nos programmes sociaux une fois que la majeure partie de la population aura pris sa retraite, nous allons avoir besoin de nos jeunes immigrants d'aujourd'hui pour grossir notre main-d'oeuvre, et ils devront être instruits. Il nous faut donc absolument enseigner aux jeunes les compétences dont ils auront besoin pour faire partie de la main-d'oeuvre active et donc financer les programmes dont nous profiterons en vieillissant⁹².

Comité a déclaré :

En même temps, à la lumière des changements démographiques qui se produisent au Canada, le

Si nous ne les aidons pas à réussir dans notre pays, à s'intégrer à notre société, rendus à l'âge adulte, ils deviendront un fardeau⁹¹.

Enfin, le Comité a indiqué que des ressources de temps et d'argent doivent être investies dans les enfants réfugiés et leur famille. Il a dit :

D'autres problèmes surviennent souvent au niveau des communications entre les parents réfugiés et le personnel de l'école, en raison d'un manque de traducteurs. Les communications aux parents relativement aux autobus scolaires, aux mouvements de personnel et à des questions de santé et de sécurité ne se font pas. En outre, les communications de la part des parents concernant leur expérience en tant que réfugiés et leur culture, qui sont essentielles à la réussite de l'enfant à l'école, en souffrent.

spéciaux.

de psychologues et le recours à des services diagnostiques spéciaux et à d'autres services vécu des situations traumatiques et nécessitent peut-être l'intervention de travailleurs sociaux et au-delà de cet apprentissage; bon nombre des enfants réfugiés et des membres de leur famille on apprendre la langue et s'adapter à une nouvelle société. De plus, leurs besoins vont souvent petits groupes, où ils peuvent recevoir l'aide nécessaire pour acquérir les compétences de base nécessités du processus d'apprentissage demandent que ces enfants soient placés dans des souvent ils ont fréquenté peu ou pas l'école dans leur pays d'origine. Par conséquent, le nombre de nos réfugiés viennent de pays déchirés par la guerre, de camps de réfugiés et que pas les seuls problèmes soulignés par le Comité. Celui-ci a aussi dit au Sous-comité qu'un grand Les différences linguistiques et une pénurie de professeurs d'anglais langue seconde ne son

Cette question a également été abordée par M. Maloney qui a déclaré ce qui suit au Sous-comité :

«Vous savez où se trouvent les logements subventionnés et vous savez également d'où viennent la majorité de nos clients. Il suffit de jeter un oeil sur la carte pour savoir d'où viennent la plupart de nos clients : ils habitent dans les logements subventionnés. C'est de là que viennent les pauvres, et le simple fait d'y habiter augmente considérablement leurs risques. La solution, ce n'est pas cela⁸⁶.»

La Société d'aide à l'enfance du Toronto métropolitain a déclaré au Sous-comité qu'elle s'est vu confier, une année, plus de 70 enfants qui n'avaient pas d'endroit où se loger⁸⁷. De plus, la durée pendant laquelle les enfants sont pris en charge doit être prolongée de six mois, en moyenne, parce que les familles sont incapables d'avoir accès à des logements adéquats et abordables⁸⁸. La Société a affirmé au Sous-comité que le placement d'un enfant en foyer d'accueil coûte environ 10 000 \$ par enfant, tandis que le placement en institution coûte 34 000 \$⁸⁹.

D. L'ÉROSION DES PRESTATIONS POUR ENFANTS

La plupart des témoins ont fourni au Sous-comité des exemples qui, à leur avis, témoignent de la baisse du soutien financier qu'accordent les dernières décisions du gouvernement fédéral aux programmes de prestations pour enfants. La majorité de ces exemples portait sur la réforme fiscale, la désindexation partielle et la «récupération» des allocations familiales étant les deux mesures citées le plus souvent. Plusieurs témoins ont fait valoir que, depuis l'entrée en vigueur de la désindexation partielle en 1986, environ 3,5 milliards de dollars ont été retranchés du programme de prestations pour enfants. De plus, le plafonnement du taux de croissance des paiements versés en vertu du Régime d'assistance publique du Canada aux provinces ne recevant pas de paiements de péréquation fiscale souvent été cité par les témoins comme preuve de l'érosion de l'aide accordée par le gouvernement fédéral à ce chapitre. Les témoins ont maintes fois recommandé que le gouvernement fédéral reconfirme son engagement à l'égard des familles en rétablissant, par exemple, la pleine indexation des allocations, en mettant un terme à la récupération fiscale des allocations familiales, en augmentant la valeur du crédit d'impôt pour enfants remboursable et en éliminant le plafonnement du taux de croissance des paiements accordés au titre du Régime d'assistance publique du Canada.

E. LES DÉFIS QUI SE POSENT AUX RÉFUGIÉS

Un des témoins comparaisant devant le Sous-comité a fait état des problèmes auxquels font face les enfants réfugiés et leur famille. Le Comité consultatif des écoles du projet Avenir du Conseil scolaire d'Ottawa a dit au Sous-comité ce qui suit :

(une autre question), celle des enfants réfugiés qui sont exposés à un double danger dans nos écoles, car ils sont totalement démunis. Ils sont d'abord pauvres, mais ils ont aussi le problème d'avoir à apprendre une autre langue⁹⁰.

86	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 9, p. 74.
87	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 32.
88	Mémoire au Sous-comité.
89	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 32.
90	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 9, p. 143.

L'Association des garderies familiales de l'Ontario a affirmé pour sa part qu'un programme de garderie pour nourrissons coûte 10 000 \$ par enfant par année, alors qu'un programme préscolaire efficace coûte 6 000 \$ à 7 000 \$. La garde des enfants, tout comme l'éducation et les soins de santé, sont des dépenses que les gens ne peuvent s'offrir et qui doivent être financées, du moins pendant quelque temps⁸¹. L'Association des services de garderie d'Ottawa-Carleton a indiqué au Sous-comité que certaines familles consacrent aux services de garde l'argent qui devrait être destiné à la nourriture et au logement⁸². De plus, l'absence de monoparentales dirigées par une femme qui souhaite travailler au études. En 1986, chaque canadien âgé était soutenu par cinq participants actifs à la main-d'oeuvre; d'ici l'an 2026, ce ratio sera ramené à un peu plus de deux. Compte tenu des problèmes que risque de connaître le marché du travail canadien si les tendances démographiques se poursuivent, il se peut que, à un moment donné, l'on soit obligé de faire appel aux services des parents qui ont choisi de rester au foyer faute de services de garde.

C. LOGEMENTS SOCIAUX

D'après les témoins, pour alléger la pauvreté chez les enfants, il importe d'avoir non seulement des services de garde d'enfants de qualité, peu coûteux et accessibles, mais aussi des logements adéquats et abordables. Le Sous-comité a appris que certains ménages pauvres consacrent jusqu'à 60 et 70 p. 100 de leur revenu au logement. Au sujet du coût des logements, une mère a déclaré ce qui suit au Sous-comité :

Jusqu'à ce qu'elle obtienne ce service de garde à domicile, elle (la mère) consacrait tout son argent à son loyer. La famille a dû déménager trois fois l'année dernière, parfois au beau milieu de la nuit⁸³.

Un autre témoin a dit :

Cela aide beaucoup les enfants de vivre dans une belle maison et d'avoir un toit au-dessus de leur tête, de vivre dans une maison chauffée et éclairée⁸⁴.

Plusieurs témoins ont indiqué qu'il existe un lien entre les coûts du logement et la santé nutritionnelle des enfants. À leur avis, les coûts de logement élevés signifient souvent qu'il y a moins d'argent disponible pour subvenir de façon adéquate aux besoins alimentaires des enfants sur le plan tant de la qualité que de la quantité. Il en a déjà été question plus tôt dans le rapport : l'importe que les enfants bénéficient d'un régime alimentaire sain à toutes les étapes de leur développement. Par ailleurs, d'aucuns ont fait valoir au Sous-comité que les coûts de location élevés et, par ricochet, les sommes insuffisantes consacrées à l'alimentation contribuent à l'augmentation du nombre de banques alimentaires au Canada. Enfin, M. Waller a indiqué au Sous-comité que les taux de criminalité sont plus élevés dans les quartiers de logement subventionnés et aux alentours de ceux-ci⁸⁵.

81 Procès-verbaux, fascicule no 10, p. 128.
 82 Ibid., p. 8.
 83 Ibid., p. 42.
 84 Ibid., p. 103.
 85 Procès-verbaux, fascicule no 13, p. 25.

Un autre élément capital des programmes relatifs au marché du travail est la politique d'équité en matière d'emploi et de parité salariale. Tant que cette politique ne sera pas instaurée, la situation ne sera pas plus équitable ⁷⁵.

D'autres témoignages ont été donnés par *End Legislated Poverty*, qui a souligné «une mesure législative mettant fin à la discrimination salariale dont souffrent les femmes» ⁷⁶, ainsi que par le Congrès canadien du travail, qui a indiqué que le problème tient en partie «aux incohérences des politiques publiques» et aux «lois inefficaces relatives à la rémunération et à l'équité en matière d'emploi» ⁷⁷.

Enfin, une mère à faible revenu de la Colombie-Britannique a dit au Sous-comité que, bien qu'elle ait déjà travaillé dans une profession caractérisée par des salaires «à peu près égaux» entre hommes et femmes exécutant le même travail, «(P)arce que la parité salariale n'existe pas, je ne gagne pas suffisamment pour subvenir à mes besoins et à ceux de mon enfant» ⁷⁸. Elle a ajouté que, bien que le principe du salaire égal à travail égal n'ait pas été remis en question dans l'emploi qu'elle occupait, il reste que :

les emplois les mieux rémunérés sont les postes de scientifiques, et (dans cette station) ils sont exclusivement occupés par des hommes. Les emplois administratifs sont toujours occupés exclusivement par des femmes. Au moment des compressions budgétaires, ils se sont pratiquement débarrassés de tous les employés administratifs et des techniciens. C'est dans ce domaine que j'ai reçu une formation (. . .) ⁷⁹

B. GARDE DES ENFANTS

La question de la garde des enfants a également été soulevée par les témoins comparaisant devant le Sous-comité. Plusieurs intervenants ont déploré l'absence d'une stratégie nationale en matière de garde d'enfants, et ont insisté sur l'importance de mettre sur pied un système de garde adéquat, souple, abordable et de qualité pour éliminer le problème de la pauvreté chez les enfants. De façon plus précise, le *Social Planning and Research Council of British Columbia* a dit au Sous-comité que :

Le manque de garderies licencées et abordables (. . .) constitue l'un des principaux obstacles à l'entrée des parents sur le marché du travail ⁸⁰.

Des témoins ont fait valoir que, faute de services de garde, certaines femmes choisissent de rester au foyer plutôt que de chercher un emploi. D'autres ont affirmé que, en raison des coûts élevés des services de garde, il est économiquement impossible pour les femmes de travailler, surtout si elles occupent un emploi à temps partiel ou peu rémunérateur.

75	<i>Procès-verbaux, fascicule n° 6</i> , p. 38.
76	<i>Procès-verbaux, fascicule n° 9</i> , p. 70.
77	<i>Procès-verbaux, fascicule n° 10</i> , p. 68.
78	<i>Procès-verbaux, fascicule n° 9</i> , p. 75.
79	<i>Ibid.</i> , p. 76.
80	<i>Ibid.</i> , p. 30.

famille de huit reçoit, par personne par jour, 2,08 \$ pour couvrir ses frais de logement, 0,25 \$ pour couvrir les frais de services d'utilité publique et 4,13 \$ pour couvrir ses autres besoins. Si la famille reçoit un paiement en trop, l'allocation de 4,13 \$ sera ramenée à 3,78 \$⁶⁸.

D'autre part, la *Nova Scotia Nutrition Council* a affirmé que les montants alloués par l'aide sociale pour la nourriture ne permettent pas de répondre aux besoins alimentaires des enfants Elle estime, en se fondant sur les montants versés à ce chapitre en Nouvelle-Écosse, que les prestations permettent en moyenne de satisfaire au plus à 63 p. 100 de ces besoins⁶⁹. Enfin, l'Association canadienne des banques alimentaires a fourni au Sous-comité un autre exemple qui illustre à quel point les taux d'assistance sont insuffisants : elle a affirmé que 82 p. 100 des Canadiens qui font appel aux banques alimentaires bénéficient d'un programme gouvernemental d'aide sociale quelconque⁷⁰.

Le *Anti-Poverty Committee of the Coalition for Equality*, de Terre-Neuve, a déclaré au Sous-comité que, le régime d'assistance sociale, de par sa conception, encourage dans certains cas les assistés sociaux à continuer de bénéficier de l'aide sociale plutôt qu'à chercher un emploi. Les taux de réduction de l'assistance sociale, qui sont fonction du revenu gagné, peuvent avoir un effet dissuasif sur certains assistés sociaux, tout comme le fait d'avoir accès à des services auxquels les petits salariés n'ont pas droit. En effet, dans certaines régions, les petits salariés occupent un emploi à temps plein rémunéré au salaire minimum, et qui se voient privés de certains services, ont un niveau de vie inférieur à celui d'un assisté social⁷¹. Il faudrait donc, selon certains témoins, abaisser les taux de réduction des prestations d'assistance sociale pour permettre aux assistés sociaux de conserver 50 p. 100 du revenu qu'ils ont gagné⁷². Il faut éliminer les facteurs qui dissuadent les assistés sociaux de réintégrer le marché du travail au moyen d'un programme complet de prestations pour la période de transition⁷³.

Enfin, une mère de la Colombie-Britannique, également une assistée sociale, a déclaré ce qui suit au Sous-Comité :

Je possède une formation en technique des pêches, mais le dernier emploi rémunéré que j'ai occupé consistait à remplir des déclarations d'impôt. À l'heure actuelle, je touche des prestations d'aide sociale. Ma fille et moi survivons parce que nous fréquentons les banques d'alimentation, les soupes populaires et les comptoirs d'habillement. Je cultive un jardin, et je n'achète que des produits en solide. nous tirons le diable par la queue⁷⁴.

4. Égalité des salaires et égalité en matière d'emploi

Un autre aspect clé des revenus qui a été porté à l'attention du Sous-comité est l'égalité des salaires et l'égalité en matière d'emploi. Le Groupe de défense des enfants pauvres de Toronto a dit au Sous-comité ce qui suit :

68	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 90.
69	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 79.
70	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 11, p. 26.
71	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 13, p. 50.
72	<i>Ibid.</i> , p. 51.
73	<i>Ibid.</i> , p. 63.
74	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 9, p. 65.

Le gouvernement fédéral devrait, de l'avis de nombreux témoins, augmenter le salaire minimum. Certains intervenants, dont le Conseil des services d'appui aux familles à faible revenu d'Ottawa⁶⁰ et le Congrès du travail du Canada⁶¹, ont proposé un taux horaire de 6 \$, tandis que le groupe *End Legislated Poverty* a recommandé que le salaire minimum soit fixé à 8 \$ l'heure⁶²; d'autres témoins ont proposé des taux similaires. Enfin, M. Allan Moscovitch, de l'École de travail social de l'Université Carleton, a laissé entendre au Sous-comité que le salaire minimum devrait être égal au seuil de faible revenu pertinent⁶³. Cette mesure visait deux objectifs : améliorer le sort des travailleurs qui sont assujettis à la réglementation fédérale et inciter les provinces à en faire autant. Plusieurs témoins ont proposé, entre autres, que le salaire minimum soit indexé en fonction de l'indice des prix à la consommation. Le Congrès du travail du Canada a pour sa part affirmé que le salaire minimum devrait être rajusté tous les six mois⁶⁴. MM. David Ross et Richard Shillington, co-auteurs de l'ouvrage *The Canadian Fact Book on Poverty* 1989 préparé à l'intention du Conseil canadien de développement social, ont déclaré au Sous-comité que le salaire minimum n'avait pas augmenté au même rythme que l'inflation, et que sa valeur réelle avait diminuée au cours des dix dernières années. Ils ont soutenu que, en 1975, le revenu d'une personne rémunérée au salaire minimum et travaillant à temps plein pendant une année complète correspondait à 81 p. 100 du «seuil de pauvreté». Toutefois, en 1986, ce revenu ne correspondait plus qu'à 46 p. 100 du seuil de pauvreté⁶⁵. L'Institut Vanier de la famille a indiqué pour sa part que la valeur réelle du salaire minimum a diminué de 26 p. 100 depuis 1975⁶⁶.

3. Assistance sociale

Certaines inquiétudes ont été exprimées au sujet du régime d'assistance sociale. Bon nombre de témoins ont affirmé que les prestations d'assistance sociale sont insuffisantes, que les avoirs liquides et la portion du revenu gagné qu'un prestataire peut conserver tout en restant admissible à l'aide sociale sont trop faibles, et que les taux de réduction de l'assistance sociale, établis en fonction du revenu gagné, sont trop élevés.

M. Moscovitch a déclaré au Sous-comité que le préambule de la Loi sur le régime d'assistance publique du Canada stipule que des mesures «convenables» devraient être instaurées. Or, ni les règlements, ni les lignes directrices ne précisent ce que l'on entend par là. Il recommande que le terme «convenable» soit défini⁶⁷.

Le groupe *Equal Justice for All*, de la Saskatchewan, a affirmé pour sa part au Sous-comité qu'un célibataire apte au travail dans cette province reçoit, par jour, 7 \$ pour couvrir ses frais de logement, 1,50 \$ pour payer les services d'utilité publique (chauffage, électricité, eau, téléphone nettoyage de vêtements) et 4,06 \$ pour ses autres besoins (nourriture, vêtements, dépenses personnelles, frais relatifs au ménage, frais médicaux, transports et autres urgences). L'allocation quotidienne de 4,06 \$ peut être réduite à 3,08 \$ si un paiement en trop a été versé. Par ailleurs, une

60	Mémoire présenté au Sous-comité.
61	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 70.
62	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 9, p. 70.
63	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 7, p. 9.
64	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 10, p. 70.
65	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 1, p. 19.
66	Mémoire présenté au Sous-comité.
67	<i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 7, p. 7 et 8.

57 Procès-verbaux, fascicule n° 8, p. 9.
 58 Procès-verbaux, fascicule n° 13, p. 63.
 59 Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 65.

Bien qu'il soit très difficile de joindre les deux bouts avec de l'aide sociale, il est encore plus difficile de le faire lorsqu'on touche le salaire minimum. (. . .) Parce que je travaillais à plein temps à l'extérieur de la maison, je ne pouvais plus fréquenter la banque d'alimentation, et j'encourais également des frais supplémentaires pour aller au travail et pour faire garder mon enfant⁵⁹.

L'absence d'emplois ne constitue toutefois, selon les intervenants, qu'un aspect seulement du problème de l'insuffisance du revenu. Bon nombre de témoins ont parlé des «petits salaires», ceux qui vivent dans la pauvreté, même s'ils ont un emploi, parce que le salaire minimum est trop bas au Canada. Une mère à faible revenu a déclaré au Sous-comité ce qui suit :

2. Salaires minimums

Le salaire est la source la plus importante ou la source potentielle la plus importante pour le soutien des familles pauvres. Le but de toutes les politiques de développement économique et social des gouvernements fédéral et provinciaux devrait être de donner accès à de meilleures conditions d'emploi, et non seulement à des emplois au salaire minimum (. . .)⁵⁸

À leur avis, il faut créer des emplois et mettre en oeuvre des programmes de formation professionnelle pour permettre aux chômeurs de profiter des possibilités d'emploi qui existent. Le *Social Planning Council of Edmonton* a dit au Sous-comité :

Il y a environ un an, j'ai constaté que plusieurs de mes élèves des classes de sixième et de septième travaillaient pour un McDonald à raison de 5 à 6 heures après les heures de classe. Il y avait un jeune garçon de 13 ans (qui m'a dit) danser tous les jours dans une discothèque jusqu'à trois heures du matin. Il ne s'agit certainement pas d'un cas isolé, encore qu'il ne soit pas trop répandu⁵⁷.

De nombreux intervenants ont fait valoir l'importance pour le gouvernement fédéral d'adopter une politique de plein emploi en vue d'éliminer la pauvreté chez les adultes et les enfants canadiens. Outre l'impact qu'ont les taux de chômage élevés sur les programmes d'assistance sociale, des témoins ont fait valoir que les parents devraient être en mesure de gagner un revenu suffisamment élevé pour pouvoir répondre aux besoins de leurs enfants : logement, vêtements, nourriture, etc. L'insécurité d'emploi ou un revenu insuffisant chez les parents, ou les deux, peuvent obliger les jeunes à entrer sur le marché du travail, soit en abandonnant l'école pour travailler à temps complet ou en travaillant pendant qu'ils fréquentent l'école à temps complet. Un porte-parole de la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants a dit au Sous-comité :

1. Plein emploi

On a déjà cru que plusieurs facteurs étaient à l'origine de l'insuffisance du revenu : politique fédérale de plein emploi inexistante et formation professionnelle inadéquate, salaires minimums peu élevés, prestations d'assistance sociale trop minimes et l'inégalité des salaires et des emplois.

Les «causes» de la pauvreté

Jusqu'à l'âge de 10 ans tout allait relativement bien; . . . je ne manquais jamais de rien, j'avais en général ce qu'il me fallait parce que nous n'avions pas de problèmes d'argent. Mais nos circonstances ont changé, et pendant que nous vivions en Allemagne, mes parents se sont séparés, ma mère nous ramenant, mon frère et moi, au Canada. . . À mon retour à Ottawa, j'ai eu du mal à m'adapter, car nos circonstances avaient complètement changé et nous vivions à présent dans un appartement à loyer modéré. La première chose qui m'a frappée, c'est la saleté et la pollution: il y avait des ordures dans les parcs, des graffitis partout, toutes choses auxquelles je n'étais pas habituée 55.

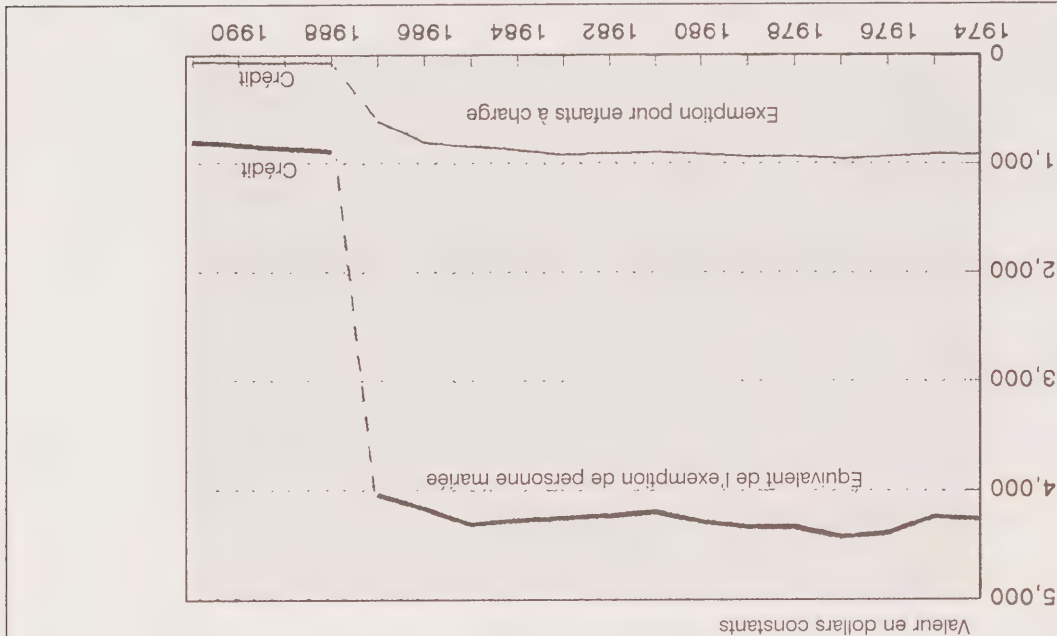
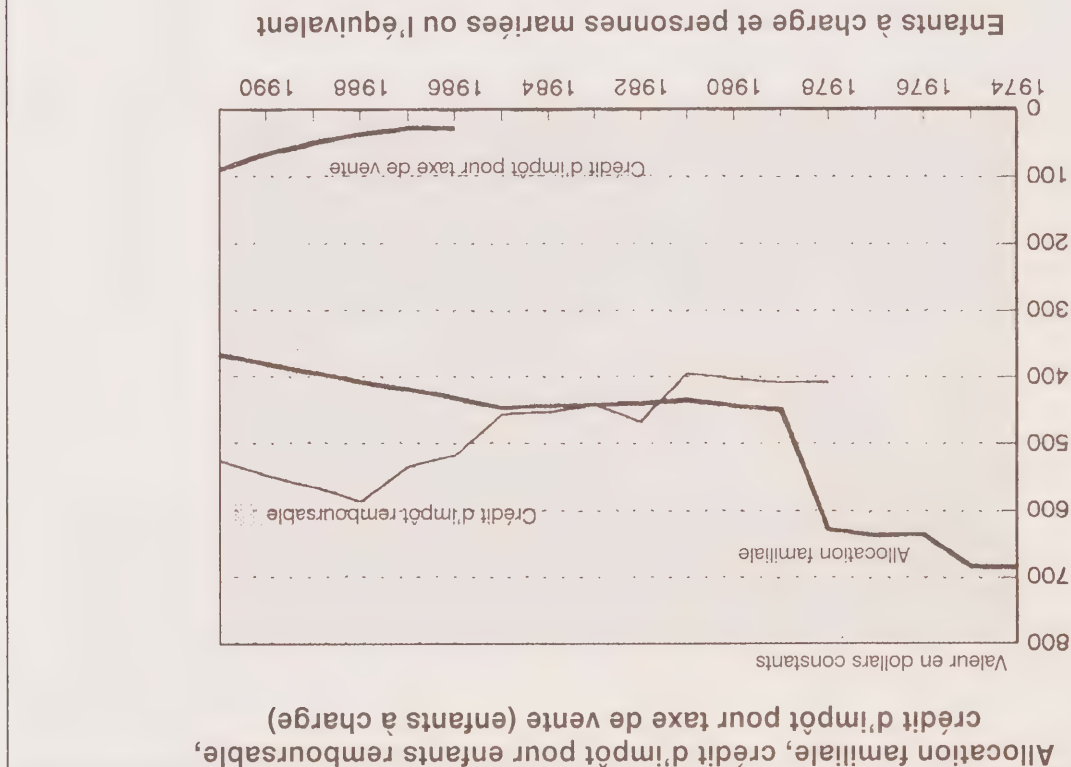
Bon nombre des témoins comparaisant devant le Sous-comité ont affirmé que l'aide accordée aux familles s'était effritée au fil des ans. À preuve, la désindexation partielle des programmes de prestation pour enfants; la limite du taux de croissance des paiements versés dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada aux provinces ne recevant pas de paiements de péréquation fiscale; la réduction des dépenses effectuées au titre du programme de logements sociaux; et l'absence d'une stratégie en matière de garde d'enfants. De plus, d'après certains témoins, d'autres facteurs contribuent à la pauvreté chez les enfants: mentionnons les taux de chômage élevés dans certaines régions, des salaires minimums qui assurent un revenu inférieur au seuil de pauvreté et dont la valeur réelle baisse chaque année, une formation professionnelle inadéquate, des prestations d'assistance sociale trop faibles, et divers autres problèmes liés au régime d'assistance sociale, l'inégalité des salaires et des emplois et l'insuffisance de la formation professionnelle.

A. INSUFFISANCE DU REVENU

Des témoins ont à maintes reprises affirmé au Sous-comité que la pauvreté chez les enfants est attribuable à la «pauvreté des parents», laquelle s'explique surtout par l'absence d'un revenu suffisant. Une mère à faible revenu a tenté d'expliquer au Sous-comité à quel point il est important d'avoir un revenu suffisant pour répondre aux besoins des enfants. Elle a déclaré :

La première personne à laquelle l'enfant d'une mère seule qui va à l'école a affaire, c'est le psychologue pour enfants; il y a ensuite le travailleur social. Si la mère est assistée sociale ou si elle reçoit des prestations familiales, l'enfant a également affaire au travailleur social qui s'occupe de la mère. La société d'aide à l'enfance intervient. Ainsi, cet enfant a affaire tout d'un coup à toute une série de travailleurs sociaux, il n'y court absolument aucun risque de ne pas être suffisamment encadré. (. . .) À partir du moment où il se retrouve dans une garde-à, il y a continuellement des gens qui veulent l'aider alors qu'il n'en a pas vraiment besoin. (. . .) Si la famille avait assez d'argent, la mère serait probablement parfaitement capable d'élever son enfant sans l'aide de tous ces travailleurs sociaux. Neuf fois sur dix, la mère sait exactement que faire. Si elle a assez d'argent et un logement décent, elle va faire ce qu'il faut 56.

GRAPHIQUE 8 MONTANT ANNUEL MAXIMAL DES PRESTATIONS FAMILIALES DOLLARS CONSTANTS (1989)



Source: Statistique Canada, Bibliothèque du Parlement et Santé et Bien-être social Canada.

Note: Lors de la réforme fiscale, l'équivalent de l'exemption de personne mariée et l'exemption pour enfants à charge sont devenus respectivement l'équivalent du crédit de personne mariée et le crédit d'impôt pour enfants à charge.

enfants.

Le tableau 8 indique, dans le temps, la valeur réelle maximum de certaines prestations pour

COLONNE 1		COLONNE 2	
FAMILLE 2:			
Revenu familial de 49 390 \$ (le revenu familial moyen)			
Allocations familiales	799.92 \$	439.00 \$	
Crédit d'impôt pour enfants non			
remboursable	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00	
Crédit d'impôt pour enfant			
remboursable	78.95	78.95	
Crédit d'impôt pour taxe de vente			
fédérale remboursable	0.00	0.00	
Déduction pour frais de garde des			
enfants	4 000.00	1 705.00 (incidence	fiscale)
TOTAL		2 439.95 \$	
FAMILLE 3:			
Revenu familial de 98 779 \$ (deux fois le revenu familial moyen)			
Allocations familiales	799.92 \$ (553.28)	145.23 \$	
Crédit d'impôt pour enfants non			
remboursable	798.00 (x 0.17 = 135.66)	217.00	
Crédit d'impôt pour enfant			
remboursable	0.00	0.00	
Crédit d'impôt pour taxe de vente			
fédérale remboursable	0.00	0.00	
Déduction pour frais de garde des			
enfants	4 000.00	2 465.00 (incidence	fiscale)
TOTAL		2 827.23 \$	

Certains crédits additionnels sont offerts aux parents seuls et aux personnes seules. Les parents seuls peuvent réclamer le plein crédit pour adulte pour un enfant à charge au lieu du crédit pour enfant et, tout comme les personnes seules, peuvent réclamer un crédit additionnel allant jusqu'à 100 \$; ce crédit est payé au taux de 2 p. 100 du revenu dépassant 6 169 \$, jusqu'à concurrence de ce maximum. Ce crédit est accordé pour tenir compte des économies d'échelle associées à la tenue d'un foyer et pour tenir compte aussi du fait qu'il coûte proportionnellement plus cher à une personne vivant seule de tenir maison qu'à un ménage comptant plusieurs membres.

Le seuil de revenu et les niveaux de crédit doivent être revus périodiquement et ajustés selon les besoins.

En 1986, le crédit remboursable pour taxe de vente par enfant représentait 0,06 p. 100 du revenu familial moyen; en 1989, le crédit par enfant représente près de 0,10 p. 100 du revenu familial moyen. Si le revenu familial moyen en 1991 est de 55 636 \$, le crédit remboursable pour taxe sur les produits et services représentera 0,18 p. 100 du revenu familial moyen.

G. CONCLUSION

Quelles prestations pour enfants prévues par le système fédéral de fiscalité et de transferts sont réclâmées par les familles (colonne 1) et quel en est l'effet sur le revenu net (colonne 2)? Supposons que toutes les familles rapportent deux revenus, qu'elles ont deux enfants âgés de 7 et 9 ans, réclament des frais de garde des enfants de 4 000 \$ et que le revenu familial moyen pour 1990 est de 49 390 \$, 60 p. 100 de ce revenu étant gagné par le chef de famille et 40 p. 100 par la deuxième personne qui a un travail rémunéré. Les chiffres dans la colonne 1 représentent les montants réclâmés dans le formulaire d'impôt, tandis que les chiffres dans la colonne 2 reflètent l'impact sur l'impôt fédéral et provincial, en prenant l'Ontario comme exemple.

FAMILLE 1:		COLONNE 1	COLONNE 2
Revenu familial de 24 695 \$ (la moitié du revenu familial moyen)			
Allocations familiales	799.92 \$		443.00 \$
Crédit d'impôt pour enfants non remboursable	798.00 (x 0.17 = 135.66)		362.00
Crédit d'impôt pour enfant remboursable	1 150.00		1 150.00
Crédit d'impôt pour taxe de vente remboursable	1 150.00		1 150.00
Crédit d'impôt pour taxe de vente fédérale remboursable	245.25		245.25
Déduction pour frais de garde des enfants	4 000.00		697.00
TOTAL			2 652.00 \$

E. LA DÉDUCTION POUR FRAIS DE GARDE DES ENFANTS

Par l'entremise de la déduction pour frais de garde des enfants, instaurée en décembre 1971, les familles monoparentales ou le conjoint dont le revenu est le plus faible peuvent réduire de leur revenu les frais déclarés de garde d'enfants engagés pour leur permettre de travailler ou d'acquérir une formation. À l'origine, cette déduction s'adressait uniquement aux familles monoparentales, mais avec l'entrée sur le marché du travail d'un nombre croissant de mères, elle est venue à être considérée comme une déduction pour dépenses d'emploi devant permettre aux deux parents de travailler ou d'acquérir une formation. Elle visait à contrebalancer les frais de garde supplémentaires imposés aux parents qui ne peuvent rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants.

Comme l'indique le tableau 17, entre 1972 et 1975, la déduction pour frais de garde d'enfant avait une valeur de 500 \$ par enfant, jusqu'à 2 000 \$ par famille; des augmentations durant la période de 1976 à 1982 ont doublé à la fois la valeur de la déduction par enfant et le maximum par famille, jusqu'à 1 000 \$ et 4 000 \$ respectivement. De 1983 à 1987, une déduction maximale de 2 000 \$ par enfant était permise, jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par famille. Depuis 1988, les parents peuvent déduire jusqu'à 4 000 \$ par enfant de moins de 7 ans ou par enfant de tout âge atteint d'un grave handicap mental ou physique. Un maximum de 2 000 \$ peut être déduit par enfant de 7 à 14 ans. Le plafond de 8 000 \$ par famille a été éliminé afin de mieux tenir compte des frais payés par les grandes familles.

La déduction pour frais de garde d'enfant profite surtout aux personnes qui sont soumises aux taux marginaux d'imposition les plus élevés, c'est-à-dire à celles qui gagnent le plus.

Pendant l'année d'imposition 1988, 578 870 contribuables ont demandé des déductions se rapportant à 920 110 enfants. Les déductions admises pour frais de garde des enfants se sont chiffrées à un peu plus de 1,2 milliard de dollars.

En 1972, la réduction de taxes accordée au conjoint ayant le revenu le moins élevé dans un couple dont le revenu familial est moyen représentait 0,9 p. 100 du revenu familial. En 1989, cette réduction représentait près de 1,4 p. 100 du revenu familial moyen.

F. LE CRÉDIT REMBOURSABLE POUR TAXE SUR LES PRODUITS ET SERVICES

Au Canada, le crédit remboursable pour taxe de vente existe depuis 1986. Lorsqu'il a été instauré, pour 1986 et 1987, le crédit avait une valeur de 50 \$ par adulte et 25 \$ par enfant, la valeur du crédit étant réduite de 5 \$ pour chaque tranche de 100 \$ de revenu net dépassant un seuil de 15 000 \$. Des hausses en 1988, 1989 et 1990 ont porté le crédit à une valeur maximum de 70 \$ par adulte, de 35 \$ par enfant et d'un seuil de 16 000 \$ en 1988; de 100 \$ par adulte, 50 \$ par enfant et d'un seuil inchangé à 16 000 \$ en 1989; et de 140 \$ par adulte, 70 \$ par enfant et d'un seuil de 18 000 \$ en 1990. Le remboursement était versé annuellement.

En 1991, le crédit fédéral pour taxe de vente a été remplacé par le crédit remboursable pour taxe sur les produits et services qui visait à atténuer l'effet des taxes à la consommation sur les Canadiens à faible revenu. En ce moment, le crédit a une valeur de 190 \$ par adulte et de 100 \$ par enfant, réduit de 5 \$ pour chaque tranche de 100 \$ de revenu net dépassant un seuil de 24 800 \$. Contrairement à son prédécesseur, le crédit est payé semestriellement. Cependant, à l'instar du crédit fédéral pour taxe de vente, la valeur du crédit et le seuil de revenu sont indexés pour correspondre aux hausses du coût de la vie dépassant 3 p. 100.

d'impôt non remboursable de 80 \$ par enfant. L'exemption est toutefois réapparue en 1947, à raison de 100 \$ par enfant admissible aux allocations familiales et à 300 \$ par enfant non admissible à ces allocations, la plupart du temps un enfant de 16 ou 17 ans.

En plus de ces changements apportés au montant de l'exemption, l'indexation a commencé en 1974, en même temps que l'indexation de l'impôt sur le revenu des particuliers. Tout comme de nombreux autres avantages et prestations, les hausses du montant de l'exemption ont été limitées à 6 p. 100 en 1983 et à 5 p. 100 en 1984, dans le cadre du programme d'austérité du gouvernement fédéral. De plus, en 1984, l'exemption a été bloquée à 710 \$ par enfant de moins de 18 ans; le budget de 1985 a annoncé une diminution graduelle de l'exemption pour la ramener à 560 \$ pour l'année d'imposition 1987, à 470 \$ pour 1988 et à un montant égal aux allocations familiales à partir de 1989. Cette baisse s'accompagnait d'une hausse du crédit d'impôt pour enfants remboursable.

En 1988, dans le cadre de la réforme fiscale, l'exemption d'impôt au titre des enfants a été remplacée par un crédit d'impôt pour enfants à charge non remboursable. Les familles qui n'ont pas d'impôt à payer ne bénéficient pas de ce crédit. Ce crédit est indexé tous les ans selon la portion du taux d'inflation qui dépasse 3 p. 100. En 1988, la valeur du crédit fédéral atteignait presque 66 \$ par enfant pour le premier et le deuxième enfants et environ 132 \$ par enfant à partir du troisième enfant. En 1989, ces montants ont été portés respectivement à environ 67 \$ et 133 \$. En 1990, la valeur fédérale du crédit s'établissait à environ 68 \$ pour le premier et le deuxième enfants et à 136 \$ à partir du troisième enfant. Ces chiffres se comparent à une valeur fédérale, en 1990, d'environ 104 \$ pour le crédit personnel, de 874 \$ pour le crédit de personne mariée ou l'équivalent, de 566 \$ pour le crédit en raison de l'âge et de 257 \$ pour le crédit de personne à charge handicapée.

Le tableau 16 montre l'évolution de la valeur de ce crédit et d'autres crédits non remboursables, durant la période allant de 1963 à 1990.

En 1961, selon le revenu familial moyen, la valeur du crédit représentait 0,63 p. 100 du revenu familial; en 1989, cette valeur est de 0,13 p. 100 du revenu familial moyen.

2. Le crédit non remboursable de personne mariée ou l'équivalent

L'équivalent de l'exemption de personne mariée a été instauré en 1918, en même temps que la réforme fiscale, l'équivalent de l'exemption de personne mariée et l'exemption de personne mariée sont devenus un crédit d'impôt en 1988. Ce crédit est avantageux pour les familles dont l'un des conjoints est à charge. Il l'est tout particulièrement pour les familles monoparentales, qui peuvent demander un crédit équivalent à l'égard d'un enfant; les autres enfants sont visés par le crédit d'impôt pour enfants non remboursable le moins élevé, qui était autrefois une exemption d'impôt au titre des enfants. L'équivalent de l'exemption de personne mariée permet aux familles monoparentales d'obtenir un crédit d'impôt pour enfants supérieur au montant normal. Il s'adresse particulièrement aux mères seules, étant donné que la plupart des familles monoparentales sont dirigées par des femmes.

En 1987, l'exemption se chiffrait à 3 700 \$. Avec la réforme fiscale, le crédit a été fixé à 850 \$ en 1988. En 1990, il était de 874 \$. Tout comme d'autres avantages et prestations, le crédit est désindexé en partie, puisqu'il augmente en fonction de la hausse du coût de la vie supérieure à 3 p. 100. Comme il s'agit d'un crédit non remboursable, les familles qui ne doivent pas payer d'impôt ne peuvent s'en prévaloir.

En 1961, selon le revenu familial moyen, la valeur du crédit représentait 2,52 p. 100 du revenu familial; en 1989, cette valeur est de 1,7 p. 100 du revenu familial moyen.

Les déductions du revenu imposable applicables aux enfants à charge ont été permises au Canada dès 1918. Au début, cette disposition visait à assurer l'équité fiscale entre les contribuables, qu'ils aient des enfants ou non. Les exemptions d'impôt au titre des enfants, fixées au départ à 200 \$ par enfant de moins de 16 ans, ont été portées en 1927 à 500 \$ par enfant et l'exemption a été accordée pour tous les enfants de moins de 21 ans. L'exemption a toutefois été ramenée à 400 \$ en 1933. Elle a été suspendue entre 1942 et 1946 et remplacée par un crédit

1. Le crédit d'impôt pour enfants à charge non remboursable

D. LES CRÉDITS NON REMBOURSABLES

En 1978, la valeur maximum du crédit d'impôt pour enfants remboursable par enfant représentait 0,9 p. 100 du revenu familial moyen. En 1989, la valeur maximum du crédit, excluant le supplément pour enfants en bas âge, représentait 1,1 p. 100 du revenu familial moyen.

Le tableau 15 présente l'évolution du montant du crédit d'impôt pour enfants remboursable depuis son entrée en vigueur, pour l'année d'imposition 1978, jusqu'à nos jours.

En 1991, le crédit d'impôt pour enfants remboursable s'établit à 585 \$ par enfant et le supplément, à 207 \$ par enfant. Les familles ayant deux enfants, tous deux âgés de 7 ans ou plus, perdent tout leur crédit d'impôt pour enfants remboursable lorsque leur revenu net dépasse 48 615 \$, compte tenu d'un seuil de revenu de 25 215 \$ pour 1991.

Pour les familles avec un revenu imposable, le crédit réduit l'impôt à payer. Dans le cas des familles dont l'impôt est inférieur à la valeur du crédit, un montant forfaitaire non imposable est versé.

De plus, dans son budget de février 1990, le gouvernement fédéral a noté l'absence de mesures à l'intention des grosses familles et propose que les familles comptant au moins trois enfants aient droit au versement anticipé, à condition que leur revenu ne dépassent pas le seuil de revenu fixé pour l'année.

Depuis 1986, un versement anticipé du crédit est payable en novembre aux familles admissibles. Depuis l'année d'imposition 1988, le montant de ce versement anticipé et le seuil de revenu applicable au versement anticipé sont fixés à environ les deux tiers du crédit, ou du crédit majoré du supplément auquel la famille a droit. Le reste du crédit est obtenu en produisant une déclaration d'impôt pour l'année courante.

En 1988, un supplément est devenu payable à la fin de l'année, pour chaque enfant de 6 ans ou moins. Ce supplément est toutefois réduit d'un montant égal à 25 p. 100 de la déduction pour frais de garde d'enfants demandée par enfant pendant l'année. Ce supplément, dont le montant maximum était de 100 \$ en 1988, a été porté à 200 \$ en 1989. Depuis l'année d'imposition 1990, ce supplément et le crédit sont indexés en fonction des hausses du coût de la vie qui dépassent 3 p. 100.

Afin d'aider davantage les familles à revenu faible ou moyen et de tenir compte de la contribution des parents qui élèvent leurs enfants à la maison, à partir de l'année d'imposition 1988, un supplément est devenu payable à la fin de l'année, pour chaque enfant de 6 ans ou moins. Ce supplément est toutefois réduit d'un montant égal à 25 p. 100 de la déduction pour frais de garde d'enfants demandée par enfant pendant l'année. Ce supplément, dont le montant maximum était de 100 \$ en 1988, a été porté à 200 \$ en 1989. Depuis l'année d'imposition 1990, ce supplément et le crédit sont indexés en fonction des hausses du coût de la vie qui dépassent 3 p. 100.

cette hausse ne devait s'appliquer que pendant un an, le crédit maximum et le seuil de revenu sont restés les mêmes pour l'année d'imposition 1983. La loi qui a pris effet le 1^{er} janvier 1986 a majoré le crédit maximum de 140 \$ par enfant sur une période de trois ans.

L'indexation normale a été rétablie en 1985, pour 1986 et les années suivantes, les taux des allocations n'ont été indexés que pour la portion de la hausse du coût de la vie supérieure à 3 p. 100.

Dans son budget d'avril 1989, le gouvernement fédéral déclarait son intention de recouvrer les allocations familiales versées aux personnes à revenu élevé. Ces personnes devaient rembourser les allocations à un taux correspondant à 15 p. 100 du revenu individuel net au-delà de 50 000 \$. Le gouvernement a indiqué à ce moment-là que cette mesure serait implantée graduellement sur une période de trois ans, de manière à ce que les remboursements réels correspondent au tiers du montant remboursable en 1989, aux deux tiers en 1990 et au plein montant en 1991. Pour 1990 et les années d'imposition ultérieures, le seuil de 50 000 \$ est indexé en fonction des hausses du coût de la vie supérieures à 3 p. 100. Le gouvernement a indiqué que le seuil sera examiné périodiquement et rajusté au besoin.

En 1991, le montant des allocations familiales mensuelles est de 33,93 \$ par enfant, tandis que l'allocation spéciale s'établit à 50,61 \$ par mois. Compte tenu du recouvrement des allocations auprès des parents à revenu élevé et en supposant un seuil de 50 000 \$ en 1991, les familles ayant deux enfants perdent toutes leurs allocations familiales lorsque le revenu du parent qui gagne le revenu le plus élevé dépasse 55 428,80 \$. En 1990, près de 6,7 millions d'enfants appartenant à un peu plus de 3,7 millions de familles ont reçu des allocations familiales.

Le tableau 14 présente l'évolution de la valeur des prestations dans le cadre du programme des allocations familiales, depuis la création de ce programme jusqu'en 1991. Entre 1945 et 1949, le montant de l'allocation était fonction de l'âge de l'enfant et du nombre d'enfants; alors que, à compter d'avril 1949, il était tributaire de l'âge. En octobre 1973, il a été décidé de verser une allocation forfaitaire de 12 \$ par mois à chaque enfant admissible.

En 1974, les prestations annuelles d'allocations familiales par enfant représentaient 1,6 p. 100 du revenu familial moyen. En 1989, elles représentaient 0,8 p. 100 du revenu familial moyen.

C. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR ENFANTS REMBOURSABLE

Grâce à des modifications apportées à la Loi sur les allocations familiales et à la Loi de l'impôt sur le revenu, le programme de crédit d'impôt pour enfants remboursable est entré en vigueur en 1979, pour l'année d'imposition 1978. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce programme s'accompagnait d'une réduction des prestations mensuelles versées dans le cadre du programme des allocations familiales. Destinée à fournir une aide supplémentaire aux familles à revenu faible ou moyen qui élèvent des enfants, il a permis à ces familles de recevoir cette année-là un remboursement d'impôt sur le revenu pouvant atteindre 200 \$ par enfant, ce montant étant réduit de 0,05 \$ par dollar de revenu net familial au-dessus d'un seuil de revenu de 18 000 \$.

Ce seuil de revenu a été majoré graduellement, pour tenir compte des variations du coût de la vie et a fini par atteindre 26 330 \$ en 1982. Il est resté à ce niveau jusqu'en 1986, quand il a été ramené à 23 500 \$ avant de recommencer à monter. À l'heure actuelle, il est indexé en fonction de la portion des hausses du coût de la vie au-dessus de 3 p. 100. Depuis 1982, le crédit maximum a augmenté lui aussi, sauf en 1983, quand il est resté au niveau de 1982. Le crédit payable pour l'année d'imposition 1982 a été porté à 50 \$ au-dessus de la hausse normale du coût de la vie afin de protéger les familles à revenu faible ou moyen contre les pertes dues à l'inflation au-dessus de 6 p. 100 en 1983 et de 5 p. 100 en 1984, ces seuils ayant été imposés dans le cadre du programme d'austérité du gouvernement fédéral. Cette hausse a porté le crédit maximum à 343 \$, et même si

être étudié d'avantage et qu'il fallait régler la question des compétences fédérales-provinciales avant de pouvoir prendre quelque mesure que ce soit. Malgré un certain intérêt soutenu au début des années 30, il a fallu attendre la Deuxième Guerre mondiale avant que le sujet ne fasse l'objet de discussions approfondies. Les syndicats et des travailleurs sociaux, par exemple, s'opposaient au principe des allocations familiales, estimant que ces allocations pourraient servir de prétexte à une baisse des salaires. La *Loi sur les allocations familiales* a néanmoins été adoptée en 1944. Le programme des allocations familiales visait à stimuler les dépenses de consommation après la Deuxième Guerre mondiale.

Mis sur pied en juillet 1945, le programme des allocations familiales a pour but principal de fournir une aide financière aux parents qui ont des enfants à charge, afin de les aider à élever leurs enfants. Le programme prévoit aussi une allocation spéciale versée à l'égard d'un enfant qui est entretenu par une agence de bien-être social, un ministère du gouvernement ou une institution. Au début, des prestations universelles étaient versées pour tous les enfants de moins de 16 ans qui allaient à l'école et il fallait satisfaire à des exigences relatives à la résidence. Le montant de la prestation variait de 5 \$ à 8 \$ par enfant par mois, selon l'âge de l'enfant. Des allocations réduites étaient versées à partir du cinquième enfant, mais cette disposition a été abolie en 1949. En 1964, une allocation aux jeunes de 10 \$ par mois a été créée afin de fournir des prestations pour les enfants de 16 et 17 ans qui faisaient des études à plein temps dans un établissement d'enseignement.

En 1970, le gouvernement fédéral a proposé un programme fondé sur le revenu afin d'aider les familles à faible revenu en leur accordant des allocations plus élevées et en supprimant complètement les allocations pour les familles dont le revenu annuel dépassait 10 000 \$. Il cherchait à transformer le régime des allocations familiales en un régime de sécurité du revenu familial établi en fonction du revenu. Ce régime n'a pas été adopté par la Chambre des communes avant les élections de 1972 et n'a pas été proposé à nouveau par la suite.

Des changements importants ont été apportés au programme après l'adoption de la nouvelle *Loi sur les allocations familiales* en décembre 1973, qui a pris effet le 1^{er} janvier 1974 et remplaçant la loi antérieure régissant les allocations familiales et les allocations aux jeunes. L'âge d'admissibilité a été porté à 18 ans et le montant des allocations mensuelles, à 20 \$ par mois par enfant, comparativement à des allocations mensuelles de 12 \$ par enfant depuis octobre 1973. Les allocations ont commencé à être indexées tous les ans et sont devenues impossibles.

Les provinces ont été autorisées en 1974 à moduler le montant des allocations familiales en fonction de l'âge des enfants, comme cela se fait actuellement en Alberta, ou en fonction de leur nombre ou de l'âge et du nombre, comme cela se fait au Québec. Cette souplesse est permise à condition que, pendant une période de quatre ans, les paiements totaux moyens dans la province soient les mêmes que si le taux fédéral s'était appliqué et que le plus petit paiement mensuel représente au moins 60 p. 100 du taux fédéral par enfant. Mais les provinces ne peuvent pas modifier le montant de l'allocation spéciale.

Sauf en 1976 et en 1979, les taux des allocations familiales ont généralement été indexés annuellement de 1974 à 1982, afin de tenir compte de l'augmentation du coût de la vie. En 1976 l'indexation des allocations familiales a été supprimée pendant un an, tandis qu'en 1979 les allocations mensuelles de 25,68 \$ ont été réduites à 20 \$ lors du lancement du crédit d'impôt pour enfants. Cette allocation de 20 \$ a ensuite été indexée pour déterminer l'allocation pour 1980. Conformément à la politique fédérale d'austérité financière, l'indexation des allocations familiales a été limitée à 6 p. 100 en 1983 et à 5 p. 100 en 1984; le taux de l'allocation spéciale a toutefois continué d'être indexé complètement en fonction de la hausse du coût de la vie. Même s

territoires la souplesse nécessaire pour tenir compte de leurs besoins particuliers ainsi que des circonstances atténuantes et des situations spéciales, elles provoquent des écarts spectaculaires du niveau de vie et des services offerts aux assistés sociaux dans diverses régions du Canada. Pour un couple avec deux enfants, les prestations annuelles de base et supplémentaires, en proportion du seuil de pauvreté établi en fonction de l'année de base 1986 variaient en 1990 de 34,5 p. 100 au Nouveau-Brunswick à 62,0 p. 100 à l'Île-du-Prince-Édouard, comme l'illustre le tableau 13.

Le budget fédéral du 20 février 1990 a proposé de limiter pendant deux ans le taux de croissance des transferts accordés en vertu du RAPC aux provinces ne recevant pas de paiements de péréquation fiscale : l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Ce plafond annuel de croissance de 5 p. 100 devait faire économiser au gouvernement fédéral 75 millions de dollars en 1990-1991 et 80 millions de dollars en 1991-1992, mais ces prévisions ont été révisées en mai 1990 et portées respectivement à 147 millions de dollars et 154 millions de dollars. Malgré ces estimations fédérales, on prévoit en Ontario des pertes de 310 millions de dollars en 1990-1991 et de 510 millions de dollars en 1991-1992. L'Alberta ne prévoit aucune perte en 1990-1991, mais s'attend à des pertes importantes en 1991-1992. Enfin, la Colombie-Britannique prévoit des pertes de 45 millions de dollars en 1990-1991 et n'a pas établi ses prévisions pour 1991-1992⁵⁴.

Après cette annonce du budget, la Colombie-Britannique, appuyée par l'Ontario, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Conseil national des autochtones et les *United Native Nations* de la Colombie-Britannique, a contesté le droit du gouvernement fédéral d'apporter des changements unilatéraux aux ententes relatives au RAPC sans le consentement des provinces. Dans une décision rendue le 15 juin 1990, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a jugé à l'unanimité que le gouvernement fédéral n'a pas le droit de limiter son engagement à verser 50 p. 100 du coût du RAPC. Le 18 juin 1990, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il porterait la cause devant la Cour suprême du Canada. La Cour a entendu les arguments en décembre 1990 et a rendu sa décision le 15 août 1991. En renversant la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, le juge John Sopinka, de la Cour suprême, a statué qu'un gouvernement n'est pas lié par les engagements de son prédécesseur, et a rejeté l'argument voulant que le gouvernement fédéral avait agi illégalement en modifiant le régime sans obtenir le consentement des provinces.

Le gouvernement fédéral a décidé de prolonger ce plafonnement du taux de croissance des subventions versées aux provinces ne recevant pas de paiements de péréquation dans le cadre du RAPC, puisqu'il a indiqué dans son budget du 26 février 1991 que le plafonnement se prolongerait pendant une nouvelle période de trois ans, soit jusqu'à la fin de l'exercice 1994-1995. Grâce à des économies estimées de 365 millions de dollars en 1992-1993, le gouvernement fédéral prévoit pouvoir épargner plus de 2,1 milliards de dollars pendant ces cinq années de restrictions. Le budget de 1991-1992 (*Partie III, Plan des dépenses*) de Santé et Bien-être social Canada indique que, pendant l'exercice 1989-1990, les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires dans le cadre du RAPC ont atteint près de 4,89 milliards de dollars, dont 126,9 millions de dollars ou 2,6 p. 100 ont été affectés au bien-être des enfants.

B. LE PROGRAMME DES ALLOCATIONS FAMILIALES

La question des allocations familiales a été étudiée par un comité parlementaire fédéral en 1929 et les témoignages entendus à cette occasion ont été contradictoires. Compte tenu de ces opinions divergentes et de l'absence de vaste soutien public, le comité a décidé que le sujet devait

réalité, les exemptions autorisées par la plupart des provinces et des territoires sont inférieures à plafond fédéral et varient beaucoup d'une administration à l'autre, comme le démontre le tableau 11 pour décembre 1990. Les provinces faisant exception sont l'Ontario et Terre-Neuve, où les exemptions d'avoir liquide sont identiques à celles du gouvernement fédéral pour ceux qui requièrent une aide à long terme, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta, qui autorisent les plafonds dans le cas des personnes handicapées⁵⁰. Pour fixer ces plafonds, on établit souvent une distinction entre les prestataires qui sont aptes au travail et ceux qui ne le sont pas, et entre une personne seule et une famille.

De plus, bien que la plupart des provinces et des territoires ne considèrent pas les allocations familiales, le crédit d'impôt pour enfants et le crédit de taxe de vente comme des revenus disponibles, la Saskatchewan n'agit pas en ce sens pour les allocations familiales. Le Québec exclut les paiements de transfert du calcul de ses prestations mais en tient compte pour déterminer les taux d'assistance sociale⁵¹.

Les provinces et les territoires se servent tous des méthodes différentes pour établir le montant de base de l'assistance sociale. Les requérants peuvent avoir droit à un montant supplémentaire s'ils ont des besoins spéciaux, tels que des médicaments, des prothèses, du matériel ou de l'équipement technique, des vêtements spéciaux ou des soins dentaires. Il arrive qu'une partie seulement du coût soit remboursée. Il n'est pas nécessaire que les provinces et les territoires offrent tous de l'aide supplémentaire pour les mêmes besoins spéciaux, et les municipalités ontariennes peuvent — mais elles ne sont pas tenues de le faire — accorder de l'aide spéciale pour des besoins spéciaux désignés. De plus, partout au Canada, l'aide relative aux besoins spéciaux est accordée à la discrétion des travailleurs sociaux. Enfin, à cause des régimes à deux paliers, les municipalités de la Nouvelle-Écosse et du Manitoba fixent elles-mêmes leurs taux d'assistance, tandis que celles de l'Ontario doivent respecter une série uniforme de taux provinciaux d'assistance sociale de base, mais jouissent d'une grande latitude en ce qui concerne les prestations d'assistance spéciale⁵².

Par ailleurs, les provinces et les territoires permettent tous aux assistés sociaux de conserver une partie du revenu gagné sans qu'il en résulte une réduction de leurs prestations sociales. Le montant du revenu autorisé varie selon la taille de la famille et, dans certains cas, selon l'aptitude au travail. Quelques provinces reconnaissent certaines dépenses liées à un emploi dans le calcul des exemptions des gains, comme le démontre le tableau 12, qui illustre les niveaux d'exemption en vigueur en décembre 1990. On s'attend que les provinces et les territoires respectent les critères fédéraux en ce qui concerne les niveaux d'exemption des gains⁵³. Les gains supérieurs au niveau d'exemption sont assujettis à des taux de recouvrement ou de réduction. En 1985, le gouvernement fédéral a pris des dispositions spéciales pour partager les coûts de certains programmes dont les niveaux d'exemption s'étaient améliorés. Il est à espérer que ces mesures permettront à un plus grand nombre d'assistés sociaux aptes au travail de faire partie de la population active.

Ces facteurs, et d'autres encore, démontrent que, au fil des années, les assistés sociaux sont traités différemment d'une province à l'autre ou d'un territoire à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire. Bien que ces variantes donnent aux provinces et aux

50 Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social, 1990, automne 1991*, p. 3.

51 *Ibid.*, p. 6.

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

Les services de bien-être social, qui visent à atténuer, à éliminer ou à prévenir les causes et les conséquences de la pauvreté, de la négligence à l'égard des enfants ou de la dépendance de l'assistance publique, comprennent :

- des services de garde à l'intention des enfants;
- des services ménagers à domicile, des services de soins de jour et autres services similaires fournis dans des situations d'urgence ou pour permettre aux personnes âgées et handicapées de vivre de façon indépendante au sein de la communauté;

- des services sociaux personnels et des services d'orientation, d'évaluation des besoins ou d'aiguillage;
- des services d'adoption;

- des services de réadaptation, destinés notamment à venir en aide aux chômeurs chroniques à répondre aux besoins particuliers des personnes qui risquent d'être isolées de la société, particulièrement les personnes âgées et les personnes physiquement et mentalement handicapées;

- des services de développement communautaire destinés à encourager et à aider les membres des communautés défavorisées à améliorer les conditions sociales et économiques dans lesquelles ils vivent;

- des services de consultation, de recherche et d'évaluation concernant les programmes d'aide sociale; et
- des services administratifs concernant la prestation des programmes de services d'assistance et de bien-être social.

Ces services peuvent s'adresser aux personnes à faible revenu en plus des assistés sociaux.

Enfin, d'autres projets à frais partagés visent à améliorer la motivation et la capacité de travailler et à préparer les participants à entrer ou à revenir sur le marché du travail. Les participants acquièrent de l'expérience professionnelle et peuvent participer à des séances d'orientation ou suivre un traitement en cas de problèmes de comportement.

Pour avoir droit à cette aide à frais partagés, les provinces et les territoires doivent :

- fonder l'admissibilité à une aide uniquement sur le besoin, qu'elle qu'en soit la cause;
- procéder à l'évaluation des besoins pour calculer l'admissibilité et les paiements;
- ne pas exiger de période de résidence dans la province ou au Canada comme condition ouvrant droit à cette aide; et
- établir une procédure d'appel pour les décisions ayant trait aux demandes d'assistance publique et informer les prestataires de leur droit d'appel.

Même si, pour déterminer l'admissibilité à l'aide, toutes les provinces et tous les territoires effectuent une «évaluation des besoins», qui compare le revenu d'un ménage et les avoirs liquide et immobilisés aux besoins budgétaires du ménage, les plafonds des exemptions d'avoir liquide et immobilisé diffèrent d'un endroit à l'autre, tout comme le traitement de l'avoir immobilisé. Cependant, afin d'être admissibles au partage des coûts dans le cadre du RAPC, les exemptions d'avoir liquide ne doivent pas dépasser les plafonds établis par le gouvernement fédéral. En

- Dans le cadre du Régime d'assistance publique, le gouvernement fédéral conclut de ententes avec les provinces et les territoires prévoyant un partage égal des coûts engagés par le provinces et les territoires pour offrir les programmes suivants :
 - l'aide aux personnes nécessiteuses;
 - les services de bien-être social aux personnes dans le besoin ou qui risquent de l'être. ces services ne leur sont pas fournis; et
 - des projets d'adaptation au travail destinés à améliorer l'aptitude à l'emploi de personnes qui ont des difficultés exceptionnelles à trouver ou à conserver un emploi ou suivre une formation professionnelle.
- Bien que le gouvernement fédéral stipule les conditions du partage des coûts, la conception et l'administration d'un régime ou programme en particulier relèvent de la province ou du territoire et de ses municipalités. La souplesse du RAPC ainsi que la diversité régionale du Canada or résulte en un régime de bien-être social propre à chaque province et territoire, ne comportant, toutes fins pratiques, aucune norme nationale. De plus, la Nouvelle-Écosse, le Manitoba et l'Ontario ont des régimes de bien-être social à deux paliers, en vertu desquels le gouvernement provincial assume la responsabilité de certains prestataires, généralement ceux que l'on considère inaptes au travail, et les municipalités se chargent des autres catégories de prestataires généralement ceux que l'on considère aptes au travail.
- En gros, le gouvernement fédéral influence les choix de programmes à l'aide de la *Loi sur le Régime d'assistance publique du Canada* et de son règlement, qui exclut des programmes à frais partagés tous les services pédagogiques, correctionnels et récréatifs et les services tels que le soins de santé qui relèvent d'autres programmes fédéraux, comme le financement de programmes établis.
- Dans le cadre de ce régime, une aide est offerte aux provinces pour :
- les besoins essentiels comme la nourriture, le logement, le vêtement, le combustible, les services d'utilité publique, les fournitures ménagères et les services répondant aux besoins personnels;
 - les articles accessoires à l'exercice d'un métier ou autre emploi, tels que des permis e des outils, et les articles nécessaires à la sécurité, au bien-être ou à la réadaptation d'une personne nécessiteuse, tels que des réparations ou des modifications essentielles à une propriété, et des articles dont ont besoin les personnes handicapées;
 - certains services de bien-être social achetés par un organisme approuvé par une province ou à la demande de celui-ci, tels que des garderies;
 - des soins dispensés dans des foyers de soins spéciaux, comme des établissements de soins aux enfants, des refuges pour femmes battues et leurs enfants, des maisons de santé et des foyers pour personnes âgées;
 - les coûts des soins de santé qui ne sont pas prévus par les programmes de soins de santé universels ou par la *Loi canadienne sur la santé*, comme les médicaments et les soins dentaires; et
 - le coût du placement des enfants en foyers d'accueil.

Prestations pour enfants en vertu du régime fiscal et du système de transferts fédéral

La raison principale pour laquelle un enfant se sent pauvre est parce qu'il n'a rien à lui. Comme il n'a rien, il pense qu'il n'est rien et il ne croit pas mériter ou devoir bénéficier d'une instruction; mais l'école est, de toute évidence, l'un des moyens de s'en sortir. Avec de l'instruction, vous trouvez un meilleur emploi et vous parvenez à vous en tirer. Nous devons enseigner aux enfants pauvres que l'école est une voie de salut et que la pauvreté n'engendre pas la déchéance, afin qu'ils n'en souffrent plus. (Ross, un adolescent ayant grandi dans la pauvreté)⁴⁹

Le régime actuel de sécurité du revenu des familles canadiennes découle d'une série de textes de loi individuels adoptés avec le temps pour répondre à diverses catégories de besoins. Les conséquences de la Grande Crise des années 30 et de la Deuxième Guerre mondiale de même que les répercussions permanentes de l'industrialisation et de l'urbanisation ont intensifié la nécessité d'adopter une politique nationale pour assurer un niveau de vie élémentaire. La division constitutionnelle des pouvoirs est toutefois venue compliquer l'élaboration d'une telle politique. Par conséquent, le Parlement a légiféré pour aider les provinces et les territoires à mettre en place des mesures de sécurité du revenu, reconnaissant ainsi, jusqu'à un certain point, la responsabilité de l'État à l'égard du bien-être de ses citoyens.

Les dépenses fédérales consacrées aux prestations pour enfants représentent une proportion importante du montant total des prestations pour enfants. À l'heure actuelle, à l'exception du Régime d'assistance publique du Canada, les prestations fédérales pour enfants sont offertes surtout par l'entremise du régime fiscal et du régime des paiements de transfert, comme nous le décrivons ci-dessous. À titre d'aide supplémentaire, les gouvernements provinciaux offrent des programmes qui comprennent des prestations. Des provinces ont implanté des programmes de prestations en espèces pour les familles qui ont des enfants à charge. Certains de ces programmes visent les familles à faible revenu et d'autres ont pour but d'aider les familles qui s'occupent d'un enfant handicapé. Le Québec offre son propre programme provincial d'allocations familiales. De plus, d'autres provinces offrent des programmes qui aident les familles et les particuliers à faible revenu à payer les taxes foncières ou les taxes scolaires, le loyer et le coût général de la vie.

A. LE RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA

Dans le discours du Trône de 1965, le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) constituait l'un des cinq volets d'un programme destiné à abolir la pauvreté au Canada. Ce régime visait à encourager les provinces et les territoires à intégrer divers programmes, dont les programmes d'assurance-chômage et d'aide aux aveugles et aux handicapés, en un seul régime complet d'assistance sociale.

Pour ce qui est du pourcentage de ses dépenses publiques que le Canada consacre à la santé et à l'éducation, le Canada se compare avantageusement aux pays mentionnés. Ce chiffre totalisait 30,2 p. 100 pour la période allant de 1986-1988. À ce chapitre, seule la Suisse (33,8 p. 100) devançait le Canada. L'ensemble des dépenses consacrées à la santé et à l'éducation dans les autres pays variaient entre 23,3 p. 100 au Royaume-Uni, et 28,5 p. 100 au Japon.

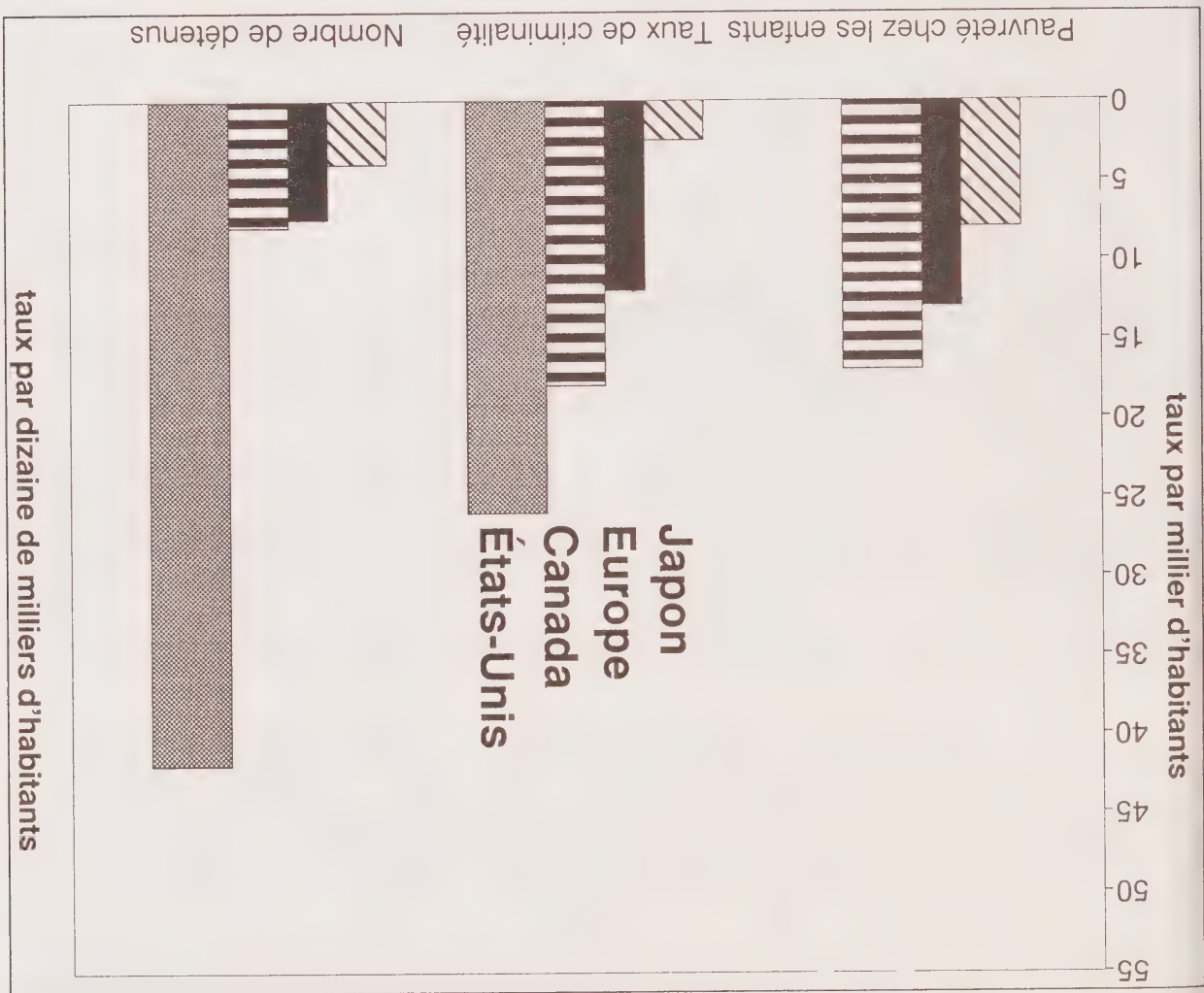
Comme l'indique le tableau 10, durant la période de 1980 à 1987, la part du revenu de 40 p. 100 les plus pauvres des ménages correspond à 17,5 p. 100 du total, ce qui indique une certaine inégalité de revenus. Bien que ce chiffre soit relativement semblable à celui du Royaume-Uni (17,3 p. 100) et du Danemark (17,4 p. 100), et qu'il dépasse celui de l'Australie (15, p. 100), des États-Unis (15,7 p. 100), de la Nouvelle-Zélande (15,9 p. 100) et de la Suisse (16,9 p. 100), le Canada présente une distribution du revenu plus inégale que celle de la Hongrie (26,2 p. 100), du Japon (21,9 p. 100) et de la France (18,4 p. 100).

Le Canada ne se compare pas avantageusement aux autres pays non plus en ce qui concerne les salaires des femmes par rapport aux salaires des hommes. Comme l'indique le tableau 10, en 1986, les salaires des femmes au Canada représentent 63 p. 100 des salaires des hommes. Parmi les pays examinés, la performance du Canada ne l'emporte que sur le Japon (55 p. 100), les États-Unis (59 p. 100) et l'Irlande (62 p. 100). Il ne fait aucun doute que des pays comme l'Islande (90 p. 100), l'Australie (87 p. 100), le Danemark (84 p. 100), la Suède (81 p. 100) et l'Italie (80 p. 100) ont une meilleure performance à ce chapitre que le Canada.

Le Canada fait bonne figure à l'échelle internationale pour ce qui est du pourcentage de son PIB et de l'ensemble des dépenses publiques qu'il consacre à la santé et à l'éducation. Toutefois des progrès peuvent être réalisés aux chapitres de l'inégalité des revenus, du rapport entre les salaires des femmes et ceux des hommes, des taux de pauvreté et des taux de mortalité infantile qui, bien que plus élevés dans d'autres pays, continuent de diminuer au Canada, comme en témoigne le graphique 4.

GRAPHIQUE 7

PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS TAUX DE CRIMINALITÉ NOMBRE DE DÉTENSUS

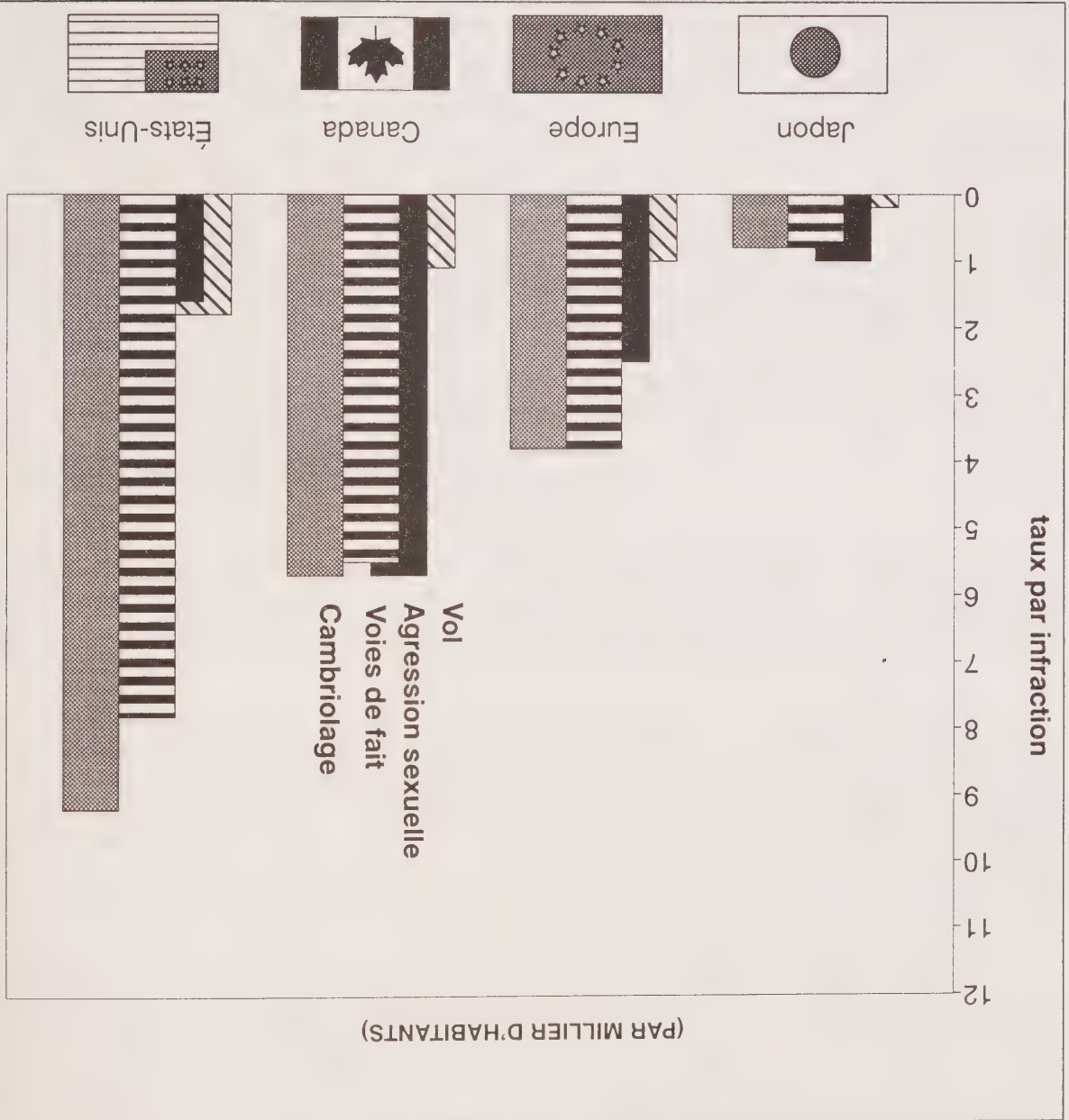


Source: Mémoire présenté au Sous-comité par le professeur Irvin Waller, le 20 mars 1991.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, il est essentiel de consacrer des dépenses à la santé et à l'éducation pour assurer le développement optimal de l'enfant. En 1987, le Canada a consacré 8,6 p. 100 de son produit intérieur brut (PIB) à la santé, comme en témoigne le tableau 0. Bien que ce pourcentage est supérieur à celui constaté au Royaume-Uni (6,1 p. 100), au Japon (6,8 p. 100), en Finlande (7,4 p. 100) et la Suisse (7,7 p. 100), le Canada est devancé à ce chapitre par la Suède (9 p. 100) et les États-Unis (11,2 p. 100). Le Canada fait bien meilleure figure pour ce qui est du pourcentage du PIB qu'il consacre à l'éducation. Parmi les pays cités plus haut, seule la Suède (7,5 p. 100) a consacré davantage de ressources à l'éducation en 1986 que le Canada (7,2 p. 100). Les dépenses consacrées par les autres pays variaient entre 5 p. 100 pour le Royaume-Uni, et 6,8 p. 100 pour les États-Unis.

NOMBRE DE VICTIMES

GRAPHIQUE 6



68 ans pour un Indien⁴⁴. Le Conseil national des Autochtones du Canada a indiqué que les conditions de santé des Autochtones canadiens vivant à l'extérieur des réserves sont encore pires que celles des Autochtones canadiens vivant dans une réserve⁴⁵.

Les enfants autochtones parviennent également à une scolarité moins élevée. Environ 37 p. 100 des Indiens inscrits n'ont pas fait leur 9^e année, contre 17 p. 100 en moyenne pour les Canadiens en général. Seulement 28 p. 100 des Indiens inscrits ont terminé leurs études secondaires contre 56 p. 100 pour les Canadiens. Enfin, quelque 45 p. 100 des Indiens vivant dans des réserves sont analphabètes fonctionnels, dans l'une des langues officielles ou dans les deux; ce taux est presque le double de celui des Indiens vivant à l'extérieur des réserves⁴⁶.

Le Conseil national des Autochtones du Canada a informé le Sous-comité qu'on évalue à 40 p. 100 la population d'Indiens inscrits vivant hors des réserves; ce chiffre ne comprend pas la population d'Indiens non inscrits vivant hors des réserves. En outre, on estime que 20 p. 100 des familles autochtones hors réserve ont une femme comme chef; la vaste majorité des femmes autochtones ont des revenus annuels inférieurs à 5 000 \$, et moins de 5 p. 100 d'entre elles gagnent 20 000 \$ ou plus par an. Par ailleurs, le taux de chômage est deux fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones⁴⁷.

Autant le Conseil national des Autochtones du Canada que l'Assemblée des Premières Nations ont exprimé le désir de coopérer avec les gouvernements et de co-gérer programmes et services, si la gestion exclusive n'est pas possible. Ces deux organismes veulent que leurs membres bénéficient des possibilités d'emploi, de développement et autres, susceptibles d'assurer leur autonomie.

G. PERSPECTIVES INTERNATIONALES

À l'échelle internationale, le Canada fait bonne figure dans certains domaines, et moins bien dans d'autres. Par exemple, comme en témoigne le tableau 8, au chapitre du taux de mortalité infantile, exprimé en tant que pourcentage des naissances d'enfant vivant (0,71 en 1989), le Canada se classait au troisième rang parmi les sept pays industrialisés membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); ainsi, il venait derrière le Japon (0,46) et les Pays-Bas (0,68) mais devançait la France (0,75), l'Allemagne (0,75), le Royaume-Uni (0,84) et les États-Unis (0,97). En ce qui concerne l'ensemble des pays membres de l'OCDE, le Canada se classait également derrière l'Islande (0,53), la Suède (0,58) et la Finlande (0,61).

De plus, en 1981, au chapitre du taux de pauvreté infantile, le Canada (16,8) se situait encore derrière la Suède (5,2), comme l'indique le tableau 9. Toutefois, le taux enregistré au Canada était encore une fois de beaucoup inférieur à celui des États-Unis (24,1 en 1979). Le tableau 9 indique les taux de pauvreté infantile pour un certain nombre d'années; les données les plus récentes concernant 1981. Il est souvent difficile, à juste titre, d'obtenir des données internationales, tout particulièrement des données qui ont été normalisées par plusieurs pays, afin de rendre compte des différences qui existent entre elles sur le plan des définitions, des méthodes de collecte de données, etc.⁴⁸

44 *Ibid.*

45 *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 6.

46 *Procès-verbaux*, fascicule n° 11, p. 5.

47 *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 6.

48 Les taux de pauvreté infantile donnés au tableau 9 s'appliquent à la période allant de 1979 à 1981.

- 41 *Ibid.*, p. 26.
 42 *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 5.
 43 *Procès-verbaux*, fascicule n° 11, p. 5.

Ces taux de pauvreté ont des effets préjudiciables sur la santé, le poids à la naissance et le taux de mortalité infantile des Autochtones. L'Assemblée a signalé au Sous-comité que le taux de mortalité infantile est de 17,4 pour 1 000 chez les Indiens, contre 7,9 pour l'ensemble de la population canadienne. Le taux de blessure est six fois supérieur chez les Autochtones de 1 à 4 ans et il est quatre fois plus élevé chez les adolescents. En outre, l'espérance de vie des Autochtones est plus courte; alors que pour un Canadien non autochtone, elle est de 76 ans, elle n'est que de 72 ans pour un autochtone⁴³.

L'Assemblée des Premières Nations a informé le Sous-comité que 40 p. 100 des familles d'Indiens inscrits qui habitent dans les régions rurales et urbaines du Canada vivent dans la pauvreté. En outre, 48 p. 100 des enfants indiens inscrits vivant dans les réserves sont pauvres tandis que ce pourcentage est de 53 p. 100 parmi les enfants indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves. En résumé, les enfants indiens inscrits, dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci, sont au moins 2 fois et demie plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les enfants non autochtones⁴⁴.

La pauvreté chez les Autochtones du Canada, qu'il s'agisse d'Indiens inscrits ou non inscrits est particulièrement aiguë, tant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci. Lors de sa comparaison devant le Sous-comité, le Conseil national des Autochtones du Canada a indiqué que les enfants autochtones ont « peu de possibilités et de chances de réussir. Du jour de leur naissance jusqu'à l'âge adulte, ils sont limités dans les débouchés, le développement, la formation, l'accès aux professions, marqués qu'ils sont par cette image que n'a cessé de promouvoir et de renforcer l'histoire⁴⁵ ».

F. LA PAUVRETÉ CHEZ LES AUTOCHTONES DU CANADA

La société dans son ensemble souffre économiquement et socialement de la pauvreté chez les enfants: la société est moins productive qu'elle ne pourrait l'être; le recours à l'assurance-chômage et aux programmes d'assistance sociale est plus grand, de même qu'à l'utilisation des services subventionnés tels les services de garde, les soins de santé et le logement; un fardeau plus lourd pèse sur notre système judiciaire et sur les prisons; et les membres de la génération future sont stigmatisés, marginalisés et déshérités. Il faut éviter de tels coûts à l'avenir. Il faut supprimer les causes évitables de la pauvreté, et tous les Canadiens doivent avoir des chances égales. Les enfants représentent une ressource que la société ne peut se permettre de gaspiller.

Enfin, il a indiqué que même si, au Canada, le nombre des victimes d'actes criminels, les taux de criminalité et le nombre de détenus sont inférieurs à ceux enregistrés aux États-Unis, ils sont plus élevés que ceux du Japon et de l'Europe, ainsi qu'en témoignent les graphiques 6 et 7.

Le coût de détention des criminels est important. D'après M. Waller, au Canada, le coût par détenu adulte varie entre 40 000 \$ et 50 000 \$ par an, à l'exclusion des coûts de construction; estime que les dépenses pour les jeunes seraient encore plus élevées. Il a fait en outre remarquer que le gros de cet argent sert à loger ces délinquants et non à les réhabiliter⁴¹.

Le Sous-comité a entendu à maintes reprises des témoins parlant de la faim que connaissent les enfants pauvres. L'Association canadienne des banques alimentaires a indiqué au sous-comité que, en 1990, un enfant canadien sur neuf faisait appel à une banque alimentaire au moins une fois au cours de l'année; en moyenne, il y faisait appel 3,5 fois. En outre, le nombre des enfants qui se rendent dans les banques alimentaires augmente. Alors que, en mars 1989, le nombre d'enfants faisant appel mensuellement aux banques alimentaires était de 141 000, il est monté à 155 000 en mars 1990 et à un chiffre estimé à 189 700 pour l'automne 1990. À eux seuls, ces chiffres ne révèlent pas l'étendue du problème de la faim ni le recours à des sources d'alimentation à l'extérieur du foyer, étant donné que les enfants et leurs familles se rendent également dans les soupes populaires et les centres d'entraide et participent à des programmes de petit déjeuner, services sur lesquels on ne réunit pas de données quant au nombre de personnes servies ou au taux de fréquentation³⁷.

En outre, le recours aux banques alimentaires ne veut pas dire nécessairement que les gens se nourrissent correctement, sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif. Les aliments distribués ne garantissent pas nécessairement une alimentation équilibrée et ne sont pas toujours suffisants, puisque certaines banques alimentaires imposent un rationnement. L'Association canadienne des banques alimentaires a appris au Sous-comité que, en 1990, 80 p. 100 des banques alimentaires ont indiqué que l'augmentation de la demande les avait obligées à limiter, de façon assez artificielle, le nombre de fois qu'une personne pouvait avoir recours à leurs services³⁸. Enfin, le Sous-comité a entendu à plusieurs reprises que l'alimentation n'est qu'un poste de dépense discrétionnaire du budget des pauvres. Il passe après le loyer, les services publics et toute autre dépense urgente.

5. Les facteurs qui contribuent au comportement criminel

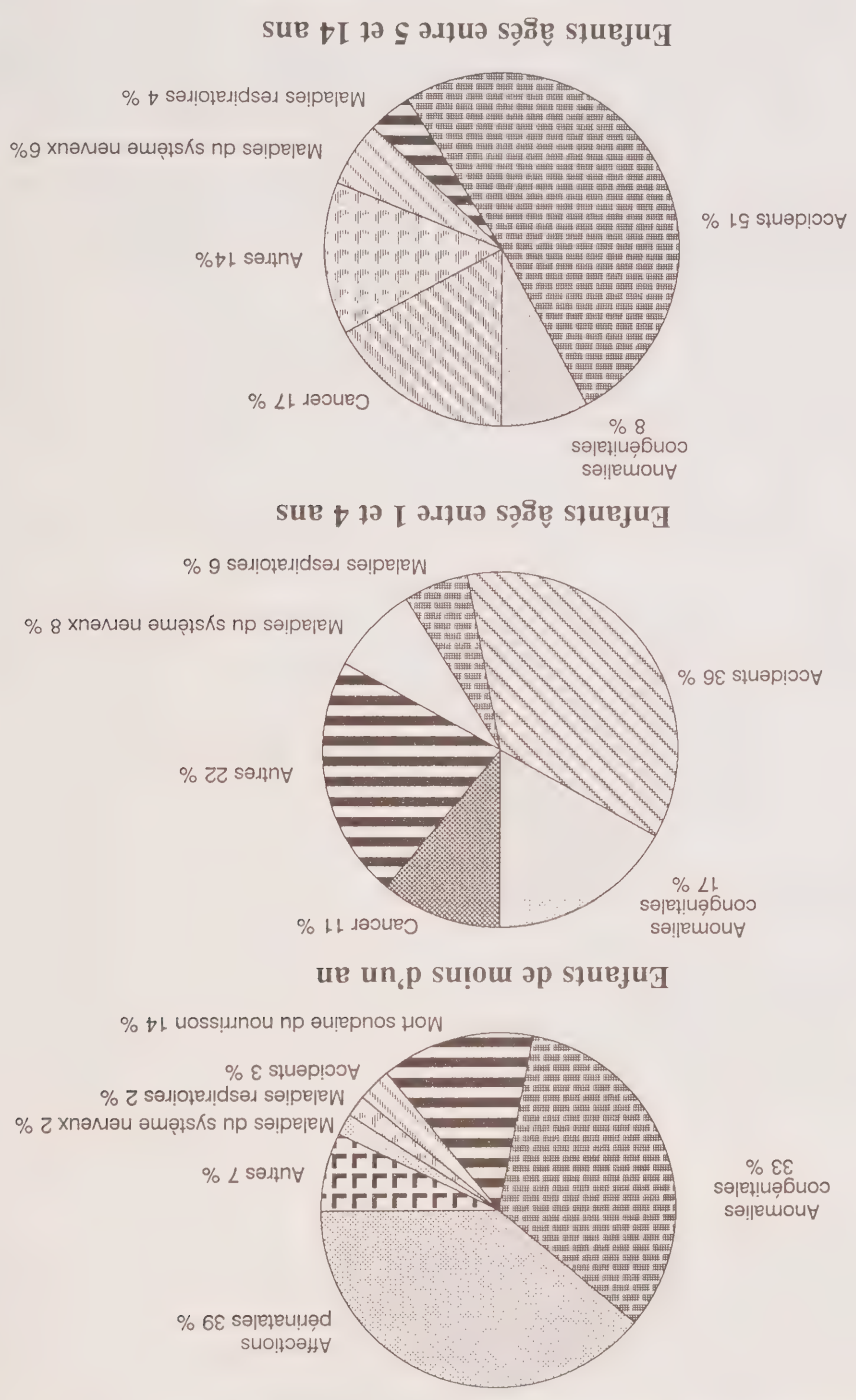
M. Irving Waller, professeur au Département de criminologie de l'Université d'Ottawa, a révélé au Sous-comité qu'il existe un sous-groupe d'enfants pauvres qui participent, de façon disproportionnée, à l'intérieur ou à l'extérieur du foyer, à toutes sortes de délits chroniques, qu'il s'agisse de violence envers un étranger ou envers un membre de la famille. Il a cité les études longitudinales de l'Université de Montréal démontrant que ceux qui vivent dans des familles sous le seuil de la pauvreté sont surreprésentés parmi les multirécidivistes. Les multirécidivistes s'adonnent généralement au crime plus tôt, pendant plus longtemps et à des crimes d'une plus grande variété. M. Waller a toutefois indiqué qu'il est possible de diminuer le nombre des infractions criminelles commises par ces enfants en investissant dans des services ou des programmes précoces d'intervention pour enfants.³⁹

Sans tenir compte de la violence conjugale, M. Waller a évalué qu'entre 40 et 60 p. 100 de tous les crimes de rue et des crimes résidentiels sont commis par des jeunes et que les délinquants juvéniles deviennent souvent des délinquants adultes. Selon lui, c'est entre 15 et 19 ans que les multirécidivistes sont le plus actifs.⁴⁰

37 *Procès-verbaux*, fascicule n° 11, p. 25.
38 *Ibid.*, p. 27.
39 *Procès-verbaux*, fascicule n° 13, p. 23 et 25.
40 *Ibid.*, p. 25 et 26.

GRAPHIQUE 5

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS PARMI LES ENFANTS CANADIENS, 1988



Source : Statistique Canada.

évités grâce à des mesures sociales ou à l'intervention des parents ou d'un adulte. Alors qu'il est possible, grâce aux soins médicaux, de diminuer sensiblement le nombre des décès pendant la période périnatale, il n'en est pas de même pour les décès dus à des blessures et incidents violents, décès qui surviennent pour la plupart avant que les enfants n'arrivent à l'hôpital. Enfin, M. Dougherty a souligné le fait que les blessures constituent actuellement le plus grand problème de santé en ce qui concerne l'écart entre enfants pauvres et enfants riches³².

Le graphique 5 présente les principales causes de mortalité parmi les enfants canadiens, par groupe d'âges, en 1988, et montre que les principales causes de mortalité chez les enfants de moins d'un an sont les anomalies congénitales et les affections périnatales, tandis que les accidents sont particulièrement fréquents chez les enfants de 1 à 14 ans.

2. Les effets sur les résultats scolaires

La pauvreté chez les enfants ne se traduit pas uniquement par une mauvaise santé. Le taux d'abandon scolaire des enfants pauvres est également 2,2 fois plus élevé que chez les non-pauvres. On peut également citer les mauvais résultats scolaires, les problèmes de comportement plus nombreux, la durée d'attention plus courte, le taux d'absentéisme plus élevé, la conduite déconcertante, l'hyperactivité, l'agressivité, le retard dans le développement cognitif, un niveau de réussite inférieur et un manque d'estime de soi. Comme il est probable que les enfants pauvres fassent moins d'études, il est également probable qu'ils aient de la difficulté à trouver un emploi stable et bien rémunéré et qu'ils restent pauvres à l'âge adulte, avec toutes les conséquences que cela entraîne, comme l'assistance sociale, l'assurance-chômage, les coûts de formation et autres³³, sans compter les conséquences pour la société canadienne au chapitre de la productivité et peut-être même de la compétitivité sur le marché international. Le rapport du Sénat intitulé *La pauvreté dans l'enfance : vers un avenir meilleur* estime qu'au cours des vingt prochaines années, environ 187 000 élèves abandonneront l'école en raison de leur dénuement, ce qui pourrait coûter à l'État 620 millions de dollars en prestations d'assurance-chômage et 710 millions en aide sociale. Si ce décrochage n'avait pas lieu, on estime que les recettes de l'impôt sur le revenu fédéral et provincial augmenteraient de 7,2 milliards de dollars et les taxes à la consommation de 1,15 milliard. Enfin, les revenus seraient supérieurs de 23 milliards de dollars si les jeunes décrocheurs avaient atteint un niveau moyen d'éducation³⁴.

Les résultats scolaires des enfants pauvres peuvent indiquer qu'ils souffrent de la faim ce qui les empêche de se concentrer sur leurs études. Le Sous-comité a entendu des témoignages du groupe *End Legislated Poverty*, de la Colombie-Britannique, à propos de la faim dont souffrent de nombreux élèves; lors du passage du Sous-comité à Nanaimo, un professeur a parlé du cas de certains élèves qui passent leur temps à boire pour remplir leur estomac³⁵.

La malnutrition peut donner lieu à des retards de développement. Arrivés à la quatrième année, beaucoup d'enfants pauvres accusent un retard de deux ans par rapport à leurs pairs; en septième année, l'écart entre les enfants pauvres et leurs pairs pourrait être irréversible³⁶.

³² *Procès-verbaux*, fascicule n° 13, p. 9, 17.

³³ Mémoire présenté au Sous-comité par MM. Ross et Shillington, le 8 février 1990.

³⁴ Le Sénat du Canada, *La pauvreté dans l'enfance : vers un avenir meilleur*, janvier 1991, p. 5 et 6.

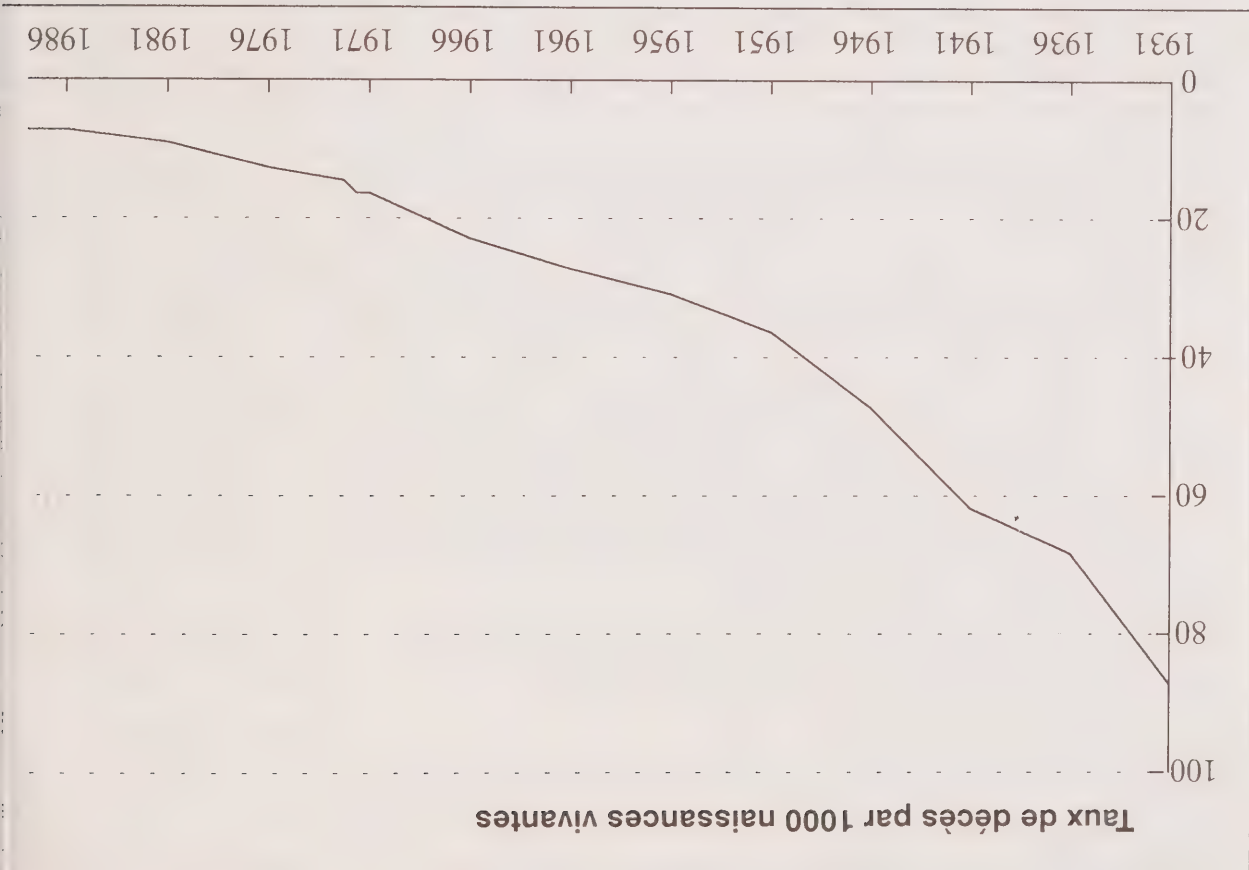
³⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 73.

³⁶ Child Welfare League of America/Canada, *Overview and Highlights of the Discussion Papers for the National Symposium on Canada's Children : The Priority for the 90s*, October 1991, p. 13.

les quartiers urbains les plus démunis que dans les quartiers les mieux nantis. De plus, les enfants des quartiers les plus pauvres risquent d'avoir plus de problèmes de santé et d'incapacité pendant leur vie, déjà plus courte³⁰.

GRAPHIQUE 4

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE AU CANADA, 1931, 1989



Source: Statistique Canada.

Par ailleurs, en examinant les principales causes de décès chez les enfants âgés de 1 à 14 ans dans les régions urbaines du Canada en 1986, MM. Wilkins et Sherman se sont aperçus qu'environ 40 p. 100 des enfants étaient morts de causes accidentelles, 20 p. 100 de cancer, 14 p. 100 d'anomalies congénitales, 7 p. 100 de maladies du système nerveux et 5 p. 100 de maladies respiratoires. En outre, pour chaque enfant qui meurt des suites d'un accident, il y en a environ 70 qui sont admis à l'hôpital. Pour chaque enfant admis à l'hôpital, il y a un grand nombre—bien que ce nombre ne soit pas connu—d'enfants blessés qui sont traités par les services de consultation externe³¹. M. Geoff Dougherty, pédiatre à l'Hôpital pour enfants de Montréal, a laissé entendre au Sous-comité que, en théorie, tous les accidents pourraient être

30 *Ibid.*, p. 4, 5.
31 *Ibid.*, p. 5, 6.

coûts des soins dans une unité de soins périnataux s'élèvent à 1 500 \$ par jour. Un tel nouveau-né y passe habituellement 40 jours, ce qui entraîne des coûts de 60 000 \$ par nourrisson, sans compter les coûts sociaux et psychologiques qui, eux, sont incalculables²⁵. Le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse a déclaré au Comité que chaque dollar investi en soins prénatals permet d'épargner 3,38 \$ sur le coût des soins reçus par les enfants dont le poids à la naissance est insuffisant. Le Conseil estime que, en Ontario, ces coûts peuvent atteindre 200 000 \$ par enfant avant l'âge de 2 ans²⁶.

Par ailleurs, l'Institut canadien de la santé infantile a déclaré au Sous-comité que les conséquences d'un poids insuffisant à la naissance se font sentir à long terme. Il a ajouté que si nous pouvions empêcher cette insuffisance, « nous pourrions également créer une cascade d'événements de bon augure²⁷. » Il est préférable d'opter pour la prévention de ce problème que pour de longs soins néonataux intensifs.

Les taux de mortalité infantile sont également plus élevés dans les quartiers urbains canadiens les plus pauvres. Citant à nouveau des chiffres de 1986, MM. Wilkins et Sherman ont indiqué au Sous-comité que, dans les quartiers les plus pauvres, il y avait eu 11 morts pour 1 000 naissances d'enfants vivants cette année-là, contre 6 morts dans les quartiers les plus riches; le taux de mortalité infantile dans les quartiers les plus démunis était donc presque le double de celui des quartiers les mieux nantis. Cependant, comme l'indiquent le graphique 4 et le tableau 6, la baisse importante des taux de mortalité infantile au fil des ans est due, dans une large mesure, aux traitements de plus en plus sophistiqués et efficaces donnés aux bébés qui présentent des risques élevés. En 1931, il y a eu 86 morts pour 1 000 naissances d'enfants vivants; ce chiffre a diminué en 1989, alors qu'il y avait un peu plus de 7 morts pour 1 000 naissances d'enfants. Néanmoins, les taux de mortalité infantile présentent des écarts considérables d'une province à l'autre. Comme l'indique le tableau 7, ces taux en 1989 ont dépassé la moyenne nationale dans les Territoires du Nord-Ouest, à Terre-Neuve, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Alberta. Les Territoires du Nord-Ouest, avec un taux de mortalité infantile de 16,2 p. 100, ont enregistré le taux le plus élevé en 1989, tandis que le Yukon à 4,2 p. 100 a eu le taux le plus faible. Il a été souligné que l'intervention médicale, entre autres, peut facilement améliorer les taux de mortalité infantile²⁸.

Les taux d'incapacité physique risquent également d'être plus élevés que la moyenne chez les enfants pauvres. En 1986, le taux d'incapacité était en effet deux fois plus élevé parmi les enfants des familles et des quartiers faisant partie du quintile des plus pauvres (7 p. 100) que parmi les enfants des familles et des quartiers les plus riches (3,5 p. 100). Les différences entre familles et quartiers riches et pauvres sont encore plus prononcées quand on ne tient compte que des enfants souffrant d'incapacité grave. Le taux d'incapacité est alors 2,7 fois plus élevé chez les plus pauvres²⁹.

En outre, l'espérance de vie des enfants pauvres est plus courte. En 1986, au Canada, elle était de 5,5 années plus courte pour les garçons issus des quartiers urbains les plus pauvres que pour ceux issus des quartiers les plus riches; pour les filles, l'espérance de vie était réduite de deux ans. Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans, le taux de mortalité était une fois et demie plus élevé dans

25 *Procès-verbaux*, fascicule n° 12, p. 14.

26 *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 58.

27 *Ibid.*, p. 119.

28 *Procès-verbaux*, fascicule n° 2, p. 5, 9 et 11.

29 *Ibid.*, p. 6.

1. Les effets sur la santé physique

L'un des coûts les plus élevés est sans doute celui lié à la santé des enfants pauvres. L'Sous-comité a entendu des témoignages sur l'importance de chacune des étapes d développement de l'enfant et sur les diverses façons dont la pauvreté compromet un développement. Il a appris que les problèmes de santé des enfants pauvres commencent avant la naissance et qu'ils augmentent les risques de décès et d'incapacité et le nombre des autres problèmes de santé pendant la petite enfance, l'enfance et l'adolescence.

Le faible poids à la naissance est l'une des préoccupations majeures à cet égard; il s'agit d'un facteur le plus important dans la mortalité et la morbidité infantiles. Le poids d'un enfant à la naissance dépend de son développement dans le sein de sa mère et d'autres facteurs comme l'âge de cette dernière, son régime alimentaire, sa santé avant et pendant la grossesse, le nombre de grossesses, sa consommation de tabac, d'alcool et de drogues pendant la grossesse ainsi que l'exposition à des substances mauvaises pour la santé ou toxiques. En fait, la période précédant la conception est également importante. La bonne santé d'un nouveau-né dépend d'une part de la santé de sa mère au moment de la conception et d'autre part du déroulement de la grossesse.

Le pourcentage de bébés de faible poids à la naissance diminue lentement au Canada, étant passé de 6,4 p. 100 en 1978 à près de 5,6 p. 100 actuellement, bien qu'il varie selon les revenus. Bien souvent, le faible poids à la naissance est simplement dû au fait que le bébé est prématuré. Néanmoins, le poids de certains bébés nés à terme est faible; on dit alors qu'ils sont «petits pour leur âge foetal». Pour mesurer ce retard de croissance, on tient compte du sexe de l'enfant, de son âge foetal, de son poids à la naissance et du fait qu'il s'agit d'une naissance simple ou multiple²³.

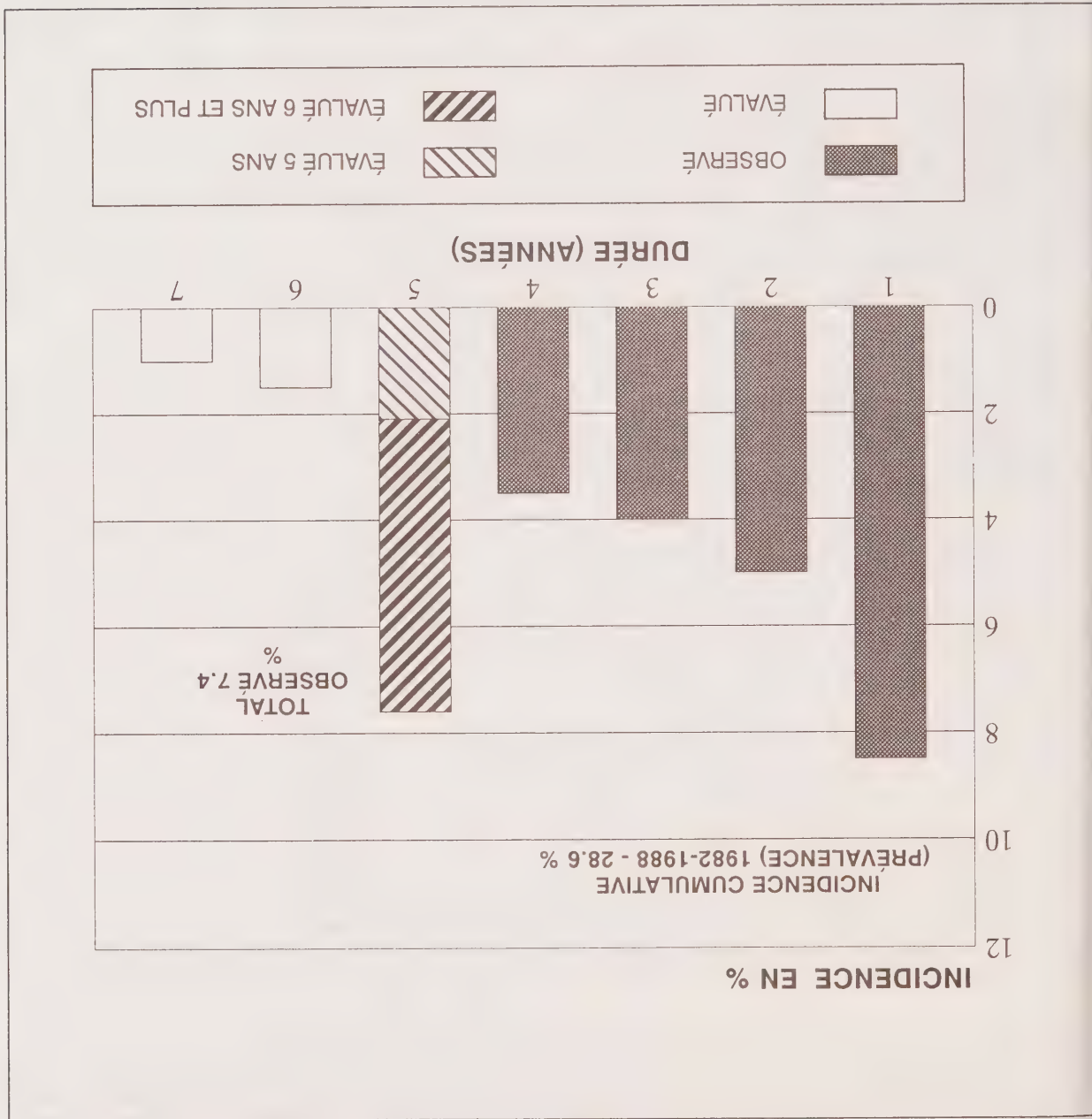
M. Russell Wilkins, de Statistique Canada, et M. Gregory Sherman, du ministère de la Santé et du Bien-être social, ont indiqué au Sous-comité que, en 1986, près de 10 p. 100 des bébés étaient petits pour leur âge foetal, ce pourcentage tombant à 8 p. 100 pour les bébés nés dans le quintile des riches habitant un quartier urbain et montant à 12 p. 100 pour les bébés nés dans le quintile des pauvres habitant un quartier urbain. En outre, 15 p. 100 en moyenne des bébés de mères adolescentes étaient petits pour leur âge foetal; beaucoup de ces dernières ne disposent pas de ressources et d'appuis suffisants, ne vivent pas dans un milieu sain, n'obtiennent pas de soins prénatals précoces et n'ont pas une bonne alimentation. Les enfants dont le poids à la naissance est faible ou qui sont petits pour leur âge foetal tendent à ne pas trop grandir et à ne pas prendre suffisamment de poids; ils ont également tendance à avoir plus de problèmes de comportement et de troubles d'apprentissage, en plus d'autres problèmes de santé comme une légère dysfonction cérébrale, un retard de croissance mentale, la paralysie cérébrale, des déficiences visuelles graves, l'épilepsie, des déficiences auditives et un quotient intellectuel inférieur. Dans les quartiers pauvres, les enfants sont de 40 à 50 p. 100 plus susceptibles de naître trop petits, trop tôt ou avec un retard de croissance que les enfants des quartiers riches²⁴.

M. Graham Chance, président de la Coalition canadienne pour la prévention des problèmes du développement, a indiqué au Sous-comité que la prévention du poids insuffisant à la naissance serait des plus profitable chez les bébés issus de milieux pauvres. La société devrait viser un tel objectif, ne serait-ce que pour des raisons purement économiques. M. Chance a révélé au Sous-comité l'importance des coûts que représentent les soins à apporter aux nouveau-nés dont le poids est insuffisant. Il a indiqué que pour un bébé pesant 1 500 grammes à la naissance, les

23 Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 8.
24 Ibid., p. 7, 8 et 9.

GRAPHIQUE 3

DURÉE DE LA PAUVRETÉ



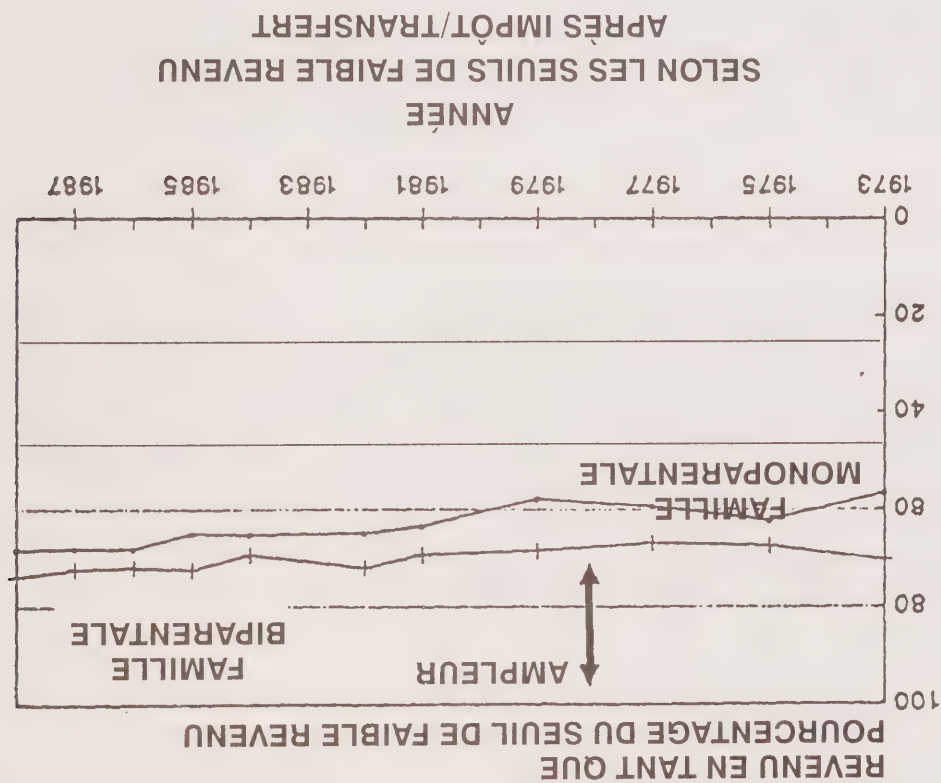
Source : Mémoire présenté au Sous-comité par le Conseil économique du Canada, février 1991, p. 8.

E. LES EFFETS DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS

La pauvreté chez les enfants entraîne des coûts économiques, psychologiques et sociaux. Elle se traduit en outre par une mauvaise santé physique et mentale, de piètres résultats scolaires et la criminalité chronique.

GRAPHIQUE 2

AMPLEUR MOYENNE DE LA PAUVRETÉ
PARMI LES FAMILLES PAUVRES AVEC ENFANTS



Source : Mémoire présenté au Sous-comité par le Conseil économique du Canada, février 1991, p. 6.

Le Conseil est arrivé à la conclusion qu'il était plus probable que le fait de devenir pauvre et de cesser de l'être touche davantage les familles biparentales que les familles monoparentales. Une fluctuation de revenus attribuable à un nouvel emploi ou à la perte d'un emploi constitue le facteur prédominant lié à de tels mouvements, même si un changement touchant la structure familiale, comme le mariage et la désintégration familiale, est également important²¹.

Enfin, le Conseil est arrivé à la conclusion que les pauvres à court terme diffèrent des pauvres à long terme ou « persistants ». Selon lui, la structure familiale, l'âge et les revenus des pauvres à court terme ressemblent davantage à ceux de la population non pauvre, qu'à ceux des pauvres persistants. En outre, ces derniers sont plus âgés et sont plus susceptibles d'appartenir à des familles monoparentales, d'être sans attaches et d'avoir des revenus familiaux moins élevés²².

les familles monoparentales que chez les familles biparentales. Il a fait remarquer que, en 1988, les familles biparentales pauvres avaient en moyenne des revenus inférieurs de 26,2 p. 100 au seuil du faible revenu; quant aux familles monoparentales, l'écart moyen, qui était de 31,8 p. 100 en 1988, a beaucoup diminué par rapport à l'écart de 43,3 p. 100 observé en 1973¹⁶. Le graphique 2 présente les changements survenus au chapitre de l'ampleur de la pauvreté de ces deux types de familles, au cours de la période 1973-1988. On constate que l'écart moyen a diminué ces dernières années, tout comme l'ampleur de la pauvreté.

D. LA DURÉE DE LA PAUVRETÉ : COMBIEN DE TEMPS LA PAUVRETÉ DURE-T-ELLE?

Beaucoup des témoins qui ont comparu devant le Sous-comité ont parlé du cycle de la pauvreté qui se répète d'une génération à l'autre. Le Conseil économique du Canada est toutefois parvenu à une conclusion quelque peu différente, décelant des mouvements importants d'entrée et de sortie au regard de la pauvreté, au fil du temps. Le Conseil a indiqué au Sous-comité que la plupart des personnes reconnues comme étant pauvres entre 1982 et 1986 ne l'étaient plus au bout de trois ans. Toutefois, environ 25 p. 100 des personnes connaissant la pauvreté à un moment quelconque de cette période sont restées pauvres pendant ces cinq années. Il semble que le nombre des personnes qui sont pauvres plus longtemps diminue progressivement, ainsi que l'indique le graphique 3; des études à plus long terme effectuées aux États-Unis appuient cette conclusion¹⁷. Le *Social Planning Council of Winnipeg* a abondé dans le même sens que le Conseil; il a déclaré que «seulement 7 p. 100 des pauvres sont des personnes à haut risque ou des pauvres chroniques, parce que la majorité de ces personnes (. . .) sont pauvres périodiquement ou de façon temporaire¹⁸».

Le Conseil économique du Canada est arrivé à la conclusion que la proportion des Canadiens n'appartenant pas au groupe des personnes âgées et qui ont connu la pauvreté à un moment donné entre 1982 et 1986 était de 28,6 p. 100, soit presque le double du nombre des pauvres au cours de n'importe quelle année. Un tel pourcentage laisse croire que ce résultat ne diffère pas des conclusions américaines. Le Conseil semble indiquer qu'un Canadien sur trois, ou même davantage, qui n'appartient pas au groupe des personnes âgées court le risque de devenir pauvre à un moment ou à un autre de sa vie active¹⁹. Le Sous-comité a entendu le témoignage d'une mère de famille vivant dans la pauvreté qui, après avoir été déclarée atteinte de la sclérose en plaques, avait dû changer d'emploi pour travailler à temps partiel, jusqu'à ce qu'elle se retrouve au chômage lorsque la société qu'il employait a fermé ses portes²⁰. Sa situation laisse supposer que presque n'importe quel Canadien pourrait être confronté à la pauvreté au cours de sa vie active, peut-être à la suite de la perte d'emploi, d'une maladie subite ou de la fin d'un mariage.

- 16 Mémoire présenté au Sous-comité, p. 5.
- 17 *Ibid.*, p. 7.
- 18 *Procès-verbaux*, fascicule n° 10, p. 92.
- 19 Mémoire présenté au Sous-comité, p. 8.
- 20 *Procès-verbaux*, fascicule n° 13, p. 69.
- 21 *Procès-verbaux*, fascicule n° 9, p. 130.

Le risque de devenir pauvre est lié, en partie, à la région de résidence. Il y a des enfants pauvres partout au Canada, mais les taux varient considérablement d'une province à l'autre comme le montre le tableau 4. En 1989, les enfants risquaient davantage d'être pauvres, par exemple, s'ils vivaient au Manitoba ou en Saskatchewan où les taux de pauvreté chez les enfants étaient respectivement de 22,5 et de 20,7 p. 100. Par contre, les enfants de l'Ontario et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient moins menacés par la pauvreté, car le taux y était respectivement de 11,4 et de 13,9 p. 100 pour cette même année¹³. En outre, le tableau 5 donne une liste de circonscriptions électorales fédérales établie en fonction de la représentation de 1987 et de la proportion de familles à faible revenu. Toutes les circonscriptions comptent des familles à faible revenu.

La structure familiale est un autre facteur important. Le Conseil national du bien-être social a indiqué au Sous-comité que, bien que la majorité des enfants pauvres vivent dans des familles biparentales, les enfants sont plus susceptibles d'être pauvres lorsqu'ils sont élevés dans une famille monoparentale. Il a signalé que, en 1988, 64,6 p. 100 des enfants de moins de 16 ans des familles monoparentales dirigées par une femme vivaient dans la pauvreté. Par comparaison, le taux de pauvreté des familles monoparentales dirigées par un homme était de 28,4 p. 100; et celui des familles biparentales était de 10,2 p. 100. Les enfants courent donc plus de risques d'être confrontés à la pauvreté s'ils appartiennent à une famille monoparentale, en particulier si le chef de famille est une femme. Ces chiffres ont une grande portée, étant donné l'augmentation des familles monoparentales. La pauvreté semble plus grave si le chef de famille est jeune et si les enfants sont également jeunes¹⁴.

C. L'AMPLEUR DE LA PAUVRETÉ : LE DEGRÉ DE PAUVRETÉ DES PAUVRES

Comme on l'a dit précédemment, les seuils de faible revenu sont la limite supérieure de la population à faible revenu, et de nombreux Canadiens pauvres ont un revenu bien inférieur à ces seuils. Dans quelle mesure le revenu de ces Canadiens «pauvres» est-il inférieur à cette limite? Quelle est, en somme, l'ampleur de leur pauvreté, ou de quel ordre est «l'écart» entre le seuil de faible revenu et leur revenu?

Beaucoup de Canadiens pauvres vivent bien au-dessous de seuil de faible revenu. Le Conseil national du bien-être social s'est penché sur l'ampleur de la pauvreté des familles biparentales et des familles monoparentales dirigées par une femme. Il a affirmé au Sous-comité que, en 1988, 27,4 p. 100 des familles monoparentales dirigées par une femme avaient un revenu de 50 p. 100 inférieur au seuil de faible revenu. Un autre 44,5 p. 100 de ces familles avait un revenu variant entre 50 et 75 p. 100 de ce seuil et, dans 28,1 p. 100 des cas, le revenu de ces familles était de 0 à 25 p. 100 inférieur au seuil de faible revenu. Dans le cas des familles biparentales pauvres, les chiffres correspondants pour cette même année étaient de 14,1 p. 100 avec un revenu de 50 p. 100 inférieur au SFR, de 29,7 p. 100 avec un revenu variant entre 50 et 75 p. 100 de ce seuil, et de 56,2 p. 100 avec un revenu de 0 à 25 p. 100 inférieur au SFR¹⁵.

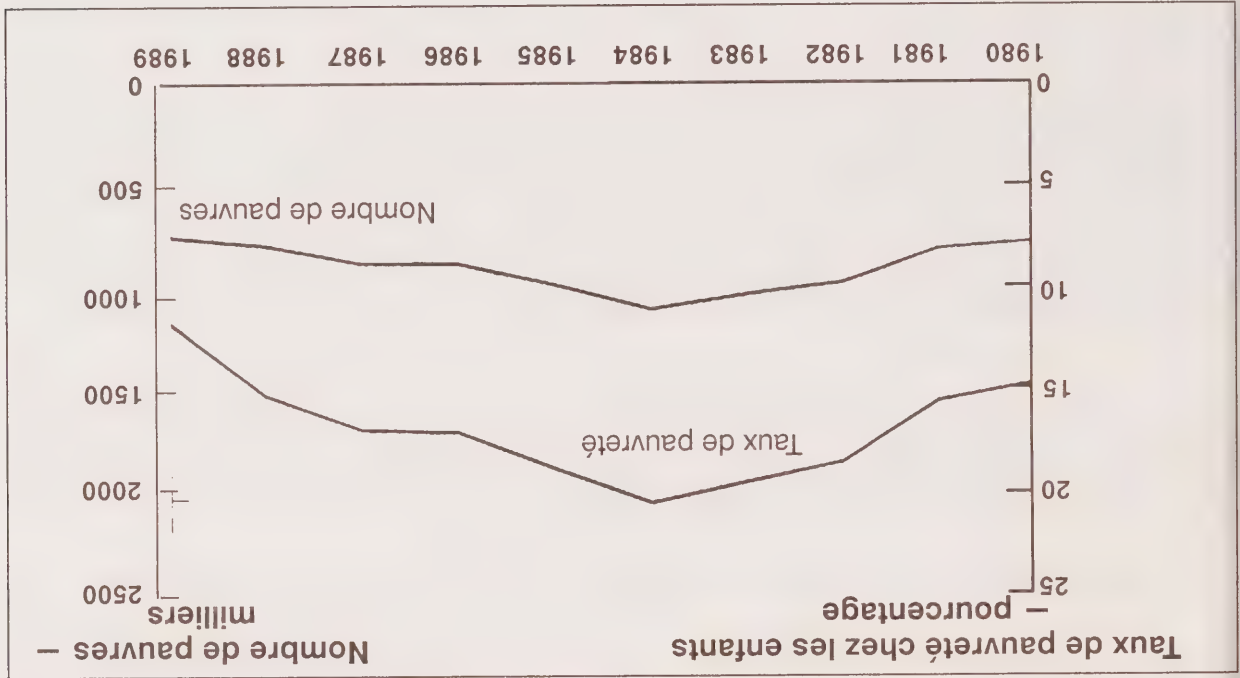
Le Conseil économique du Canada réalisé d'autres travaux sur le même sujet en utilisant une base de données longitudinales couvrant la période 1982-1986. Le Conseil a signalé au Sous-comité que, parmi les familles pauvres avec des enfants, la pauvreté est plus accentuée chez

13 Mémoire présenté au Sous-comité par le Conseil national du bien-être social, le 11 avril 1990, p. 3.
14 *Ibid.*
15 *Ibid.*, p. 4.

depuis¹¹. Certains témoins ont cependant déclaré que ce nombre augmente pendant une récession, comme cela s'est produit au début des années 80; ainsi, il se peut que la diminution du nombre d'enfants pauvres observée depuis 1984 soit renversée par la récession actuelle. De plus, il sera peut-être difficile de réduire leur nombre d'avantage étant donné le lent déclin qui l'accompagnera nécessairement le fort taux de croissance économique qui a suivi la récession du début des années 80. Le tableau 3 montre qu'il existe un lien évident entre les niveaux de chômage et l'étendue de la pauvreté chez les enfants. Le Groupe de défense des enfants pauvres d'Ottawa-Carleton a dit au Sous-comité :

(P)endant la décennie de 1980, on constate que les chiffres ont augmenté pendant la récession, puis ont commencé à baisser, mais seulement très lentement – et c'est ce qui est le plus inquiétant – bien que certaines des années étaient exceptionnellement prospères. (. . .) C'est là ce qui nous inquiète. Les chiffres ne font qu'augmenter pendant les récessions et nous nous demandons maintenant si nous avons perdu tout ce que nous avons acquis pendant les années 80¹².

GRAPHIQUE 1
TAUX DE PAUVRETÉ ET NOMBRE D'ENFANTS
TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS
1980-1989



Source: Statistique Canada.

Note: Données fondées sur le SFR-1978 (seuil de faible revenu). Le SFR-1986 révèle une régression du taux de pauvreté pour la période 1986-1989.

collectivité. Ainsi, les critères tiennent compte de plusieurs facteurs, dont les suivants : jours quotidiens, soins dentaires, loisirs, vacances d'une semaine dans un chalet loué situé à proximité des produits et les services utilisés sont révisés de temps à autre pour tenir compte de changements touchant les normes communautaires.

Enfin, les critères budgétaires utilisés par le Dispensaire diététique de Montréal ont été établis de concert avec le Conseil des services sociaux de Montréal. Ils correspondent au revenu qu'il faut avoir nécessairement pour répondre aux besoins minimums d'une famille en tant qu'unité, et pour permettre à chaque membre de celle-ci de préserver sa santé et sa dignité personnelle. Ces critères ne sont pas révisés de façon régulière pour tenir compte des changements dans le mode de vie ou des améliorations du niveau de vie.

Malgré leurs similitudes, les indicateurs comportent des différences qu'il convient de noter. Par exemple, les seuils de faible revenu reflètent un niveau de revenu essentiel à la satisfaction des besoins fondamentaux et ils varient selon la taille de la famille et de la collectivité, alors que les critères budgétaires du *Metropolitan Toronto Social Planning Council* et du Dispensaire diététique de Montréal reflètent les dépenses locales et pourraient donc ne pas s'appliquer à la grande majorité des pays. De plus, les critères du *Metropolitan Toronto Council* reflètent les dépenses minimales jugées essentielles à la survie sociale et non seulement physiques, alors que les critères du Dispensaire de Montréal se rapprochent peut-être davantage des taux d'assistance sociale offerts par la province. Par ailleurs, si les seuils de pauvreté du Comité sénatorial et les seuils d'égalité des revenus du Conseil canadien de développement social varient selon la taille de la famille, ils ne tiennent pas compte de la taille de la collectivité.

Enfin, il faut reconnaître que les seuils de faible revenu sont une mesure de faible revenu plutôt que de pauvreté, quoi qu'il en soit souvent considérés comme des seuils de pauvreté. M. Michae Wolfson de Statistique Canada a dit au Sous-comité que «bien que nous (Statistique Canada) ayons insisté à maintes reprises sur le fait que les SFR ne sont pas des seuils de pauvreté, mais bien des mesures de faibles revenus, on les considère souvent comme les seuils semi-officiels de pauvreté du Canada»⁹.

B. L'ÉTENDUE DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS : LE NOMBRE D'ENFANTS PAUVRES

Dans son témoignage devant le Sous-comité, M. Beatty a signalé qu'environ 837 000 enfants canadiens vivaient dans la pauvreté en 1989, un enfant sur sept vivait donc dans une famille ayant un revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu établi d'après l'enquête de 1978. Au sujet de la pauvreté chez les enfants, il a déclaré : «Le fait est que nous avons sans doute réalisé des progrès, même s'il reste beaucoup de travail à faire¹⁰». D'autres spécialistes, comme les universitaires et les analystes de la politique sociale, utilisent parfois des estimations inférieures ou supérieures, mais, de l'avis du Sous-comité, il importe avant tout de noter qu'un nombre important d'enfants canadiens vivent dans la pauvreté.

Comme il est démontré dans le graphique 1 et le tableau 3, durant la période entre 1980 et 1989, le nombre d'enfants pauvres et le pourcentage de pauvreté chez les enfants ont atteint un sommet en 1984, à 1 154 000 et 20,1 p. 100 respectivement, et ils ont progressivement diminué

9 Procès-verbaux, fascicule n° 10, p. 138.
10 Procès-verbaux, fascicule n° 8, p. 19.

Les critères budgétaires utilisés par le *Metropolitan Toronto Social Planning Council* se fondent sur une série de produits et de services donnés dont les coûts représentent les dépenses minimales jugées nécessaires à la survie sociale, compte tenu des normes qui président dans la

ne tiennent pas compte du lieu de résidence.

d'égalité des revenus utilisés par le CCDS, les seuils de pauvreté utilisés par le Comité sénatorial des besoins essentiels, et représentaient 70 p. 100 du seuil de pauvreté. À l'instar des seuils de revenu annuel garanti proposé par le Comité, ils avaient pour but de couvrir les coûts de la pauvreté étant fonction des seuils de revenu garanti. Ces derniers ont servi de base au régime de la pauvreté à établir deux séries de seuils — la pauvreté et les revenus garantis —, les

d'égalité de revenus et non en mesurant la pauvreté.

été conçus à l'origine dans le but de pallier aux inégalités de revenus en fixant une norme minimale celui-ci. Les seuils, qui ne tiennent pas compte des variations régionales ou urbaines et rurales, ont chaque membre additionnel, montant qui reflète les dépenses de subsistance annuelles de Les ménages qui comptent plus de trois personnes reçoivent un supplément de 16,7 p. 100 pour famille de trois personnes, et dans le cas d'une famille de deux personnes, à 83 p. 100 de celui-ci. personnes; pour une personne seule, le seuil correspond à 50 p. 100 du seuil de pauvreté d'une du revenu familial moyen étant considéré comme le «seuil de pauvreté» pour une famille de trois Les seuils d'égalité des revenus du CCDS se fondent sur le revenu familial moyen, 50 p. 100

ces indicateurs variaient entre 15 891 \$ et 30 204 \$ pour un couple avec deux enfants.

Metropolitan Toronto Social Planning Council et le *Dispendaire diététique de Montréal*. En 1989, «La pauvreté au Canada», mis à jour par le regrettable sénateur Croll qui présidait alors le comité, le Conseil canadien de développement social (CCDS), le Comité sénatorial qui a publié le rapport revenu. En effet, comme l'indique le tableau 2, des indicateurs ont également été établis par le Les seuils de faible revenu de Statistique Canada ne sont pas les seuls indicateurs du faible

2. Autres indicateurs de «pauvreté»

systématique; la pauvreté chez les autochtones est examinée à la section F.

au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest n'est pas une statistique calculée de façon Canadiens à faible revenu qui font partie de ces groupes. (. . .) Le nombre d'enfants pauvres vivant membres des Forces armées. Par conséquent, les chiffres publiés excluent très souvent les personnes placées dans des établissements, les Indiens qui vivent à l'intérieur des réserves et les faible revenu ne comprennent pas les résidents du Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, les consommateurs utilisées pour calculer les seuils de faible revenu et le nombre de Canadiens à Enfin, l'Enquête sur les dépenses des familles et l'Enquête sur les finances des

- les revenus en nature.
- les montants forfaitaires provenant du règlement de polices d'assurance;
- les prêts ou les remboursements d'emprunt;
- les remboursements d'impôt sur le revenu;
- les recettes découlant de la vente de propriétés ou de biens personnels;
- les montants forfaitaires provenant d'un héritage;
- les gains et les pertes en capital;
- les gains et les pertes au jeu;

Sont exclus de cette définition :

1. Les seuils de faible revenu de Statistique Canada

Au Canada, les statistiques sur la population à faible revenu proviennent souvent des seuils de faible revenu de Statistique Canada. Ces seuils ont été déterminés au moyen de diverses enquêtes sur les dépenses des familles effectuées en 1969, 1978 et 1986. Certains analystes utilisent actuellement les seuils établis à partir des données de l'enquête de 1986, selon laquelle le nombre de personnes vivant dans la pauvreté ainsi que l'ampleur de leur pauvreté sont plus élevés qu'ils ne le seraient selon les seuils établis pour 1978, que d'autres analystes utilisent. Ces deux seuils indiquent par ailleurs que le nombre d'enfants pauvres est considérable. Il faut cependant noter que les seuils correspondent à la limite supérieure de la population à faible revenu. Le revenu de nombreux Canadiens pauvres est en effet de beaucoup inférieur aux seuils en question comme on le verra à la section C.

D'après l'Enquête sur les dépenses des familles réalisée en 1978, les familles canadiennes consacrent en moyenne 38,5 p. 100 de leur revenu aux besoins fondamentaux que sont le logement, le logement et l'habillement. Les familles pauvres y consacrent une proportion supérieure à la moyenne; ainsi, pour les familles qui sont sous les seuils de faible revenu, ces mêmes dépenses représentent en moyenne 58,5 p. 100 de leur revenu. Statistique Canada continue donc d'établir ses seuils à partir d'une proportion de 58,5 p. 100 du revenu familial allouée aux besoins fondamentaux. Toute personne ou famille dont le revenu se situe au seuil même de faible revenu ou sous ce seuil est considérée comme ayant un faible revenu. Ces seuils sont révisés chaque année afin de tenir compte des changements que subit le coût de la vie, déterminés par l'indice des prix à la consommation.

Le Canada n'a pas qu'un seul seuil de faible revenu. Statistique Canada fait varier les seuils selon :

- sept catégories de famille, établies selon leur taille, soit d'une à six personnes et sept personnes ou plus;
- cinq catégories de collectivité, établies selon leur population, allant des régions rurales aux régions métropolitaines de 500 000 habitants ou plus.

Il en résulte 35 seuils de faible revenu, comme le montre le tableau 1 de l'Annexe statistique de 1989, qui tient compte des résultats des enquêtes de 1978 et de 1986. Pour l'année 1989, les seuils de faible revenu de 1978 applicables à une personne seule variaient entre 8 983 \$ et 12 148 \$, et pour une famille de quatre personnes, entre 18 175 \$ et 24 706 \$, selon la taille de la collectivité. Pour l'année 1986, les chiffres sont légèrement plus élevés; ils varient entre 9 198 \$ et 13 511 \$ pour une personne seule, et entre 18 247 \$ et 26 803 \$ pour une famille de quatre personnes.

Les seuils sont fondés sur le revenu brut plutôt que sur le revenu net, et le revenu est défini comme étant le montant d'argent rapporté par tous les membres d'une même famille âgés de 15 ans ou plus et provenant des sources suivantes :

- salaires et traitements avant déductions;
- revenu net d'un travail indépendant;
- revenu de placement;
- paiements de transfert gouvernementaux;
- pensions; et
- revenus divers, comme des bourses d'études et des pensions alimentaires.

CHAPITRE PREMIER

Les dimensions de la pauvreté chez les enfants

Je vais vous dire comment j'ai vécu, au cours des ans, le problème de la pauvreté. Mes parents se sont séparés lorsque j'avais six ans, je ne sais pas au juste pourquoi. J'ai d'abord vécu avec ma mère mais pour des raisons financières, l'argent pour l'alimentation et les vêtements faisait défaut, je suis allé vivre à Montréal chez mon père, mais lui aussi a eu du mal à joindre les deux bouts et m'a renvoyé à ma mère. . . Je commençais à me mépriser pour ma pauvreté, je craignais de ne jamais m'en sortir, je n'avais pas non plus assez à manger quand j'étais avec mes parents et, à la différence de mes amis qui étaient en bonne santé, j'étais toujours malade. . . Je me battais toujours, la plupart du temps parce qu'on se moquait de moi. Je ne portais pas le même genre de vêtements que les autres et on se moquait beaucoup de moi, alors je me battais et je commençais à me mépriser. . . Je ne pouvais pas changer de vêtements parce que je n'en avais pas de rechange, et ils n'étaient pas nettoyés assez souvent, de sorte que j'avais toujours l'air sale et mal habillé. (Ross, un adolescent ayant grandi dans la pauvreté)

Combien d'enfants canadiens vivent dans la pauvreté, et comment obtient-on ces chiffres? Quelle est l'ampleur de leur pauvreté? Combien de temps sont-ils susceptibles de demeurer pauvres? Comment la pauvreté affecte-t-elle les enfants? Il faut se pencher sur ces questions clés avant de pouvoir trouver une solution à la pauvreté chez les enfants.

A. COMMENT DÉFINIR LA PAUVRETÉ ET EN MESURER L'ÉTENDUE?

Le Canada ne possédant pas de mécanisme officiel de mesure de la pauvreté, plusieurs organismes ont mis au point des indicateurs de «pauvreté» qui ne sont pas établis de la même façon. En effet, certains mesurent le seuil de «pauvreté» ou encore le seuil de faible revenu, tandis que d'autres tiennent compte des variations du coût de la vie d'une région à l'autre. Nous allons examiner plusieurs de ces indicateurs dans les parties qui suivent. Il est à noter qu'il s'agit ici d'indicateurs qui reflètent «la pauvreté financière». Comme l'a fait remarquer M. Mahoney, de la Société d'aide à l'enfance du Toronto métropolitain, lorsqu'il a comparé devant le Sous-comité :

La pauvreté dont je vais vous parler n'est pas due uniquement au manque d'argent qui, en soi, est déjà un grave problème. Je vais vous parler de la pauvreté psychologique qui accompagne souvent l'autre pauvreté et se traduit par un manque d'estime de soi, une dévalorisation de la personne. Je vais donc vous parler surtout de ce type de pauvreté, qui est souvent aggravée par une pauvreté sociologique dont les victimes sont isolées et reçoivent très peu d'aide⁸.

Pour un enfant, la pauvreté se répercute sur son alimentation et le nombre de repas qu'il prend, sur la manière dont il est vêtu, où il habite et la sécurité de son milieu, sur son état de santé et les loisirs auxquels il peut participer, sur son bien-être émotionnel et sa réussite future à l'école et dans la vie. La pauvreté déteint sur tous les aspects de sa vie; en général, l'enfant pauvre est désavantagé par rapport aux enfants qui ne sont pas pauvres.

7 Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent (Chambre des communes) de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, (ci-après appelé Procès-verbaux) fascicule n° 13, p. 34-35.

8 Procès-verbaux, fascicule n° 9, p. 90.

Aux fins de l'étude en cours, le Sous-comité a reçu de nombreux mémoires et entendu différents témoignages faisant valoir diverses perspectives sur la question de l'enfance démunie. La principale conclusion qui en ressort, c'est que la pauvreté chez les enfants est inacceptable dans un pays comme le nôtre et qu'on doit tout faire pour l'enrayer. Nos enfants sont notre ressource la plus précieuse, et des mesures doivent être prises aujourd'hui même pour les aider à se développer et à réaliser leur potentiel. N'oublions jamais que les enfants sont notre avenir.

Dans sa recherche de solutions pour éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000, le Sous-comité a d'abord cherché à circonscrire les dimensions du problème. Combien d'enfants canadiens vivent dans la pauvreté? Quelle est leur distribution selon la province? Quelle est l'ampleur de la pauvreté au Canada et combien de temps ces enfants demeureront-ils pauvres? Quels sont les coûts sanitaires et les autres coûts liés à la pauvreté chez les enfants? Ces aspects du problème sont abordés dans le premier chapitre du présent rapport.

Le Sous-comité a également revu le système fédéral de prestations pour enfants appliquées par le régime fiscal et le système de transferts. Beaucoup de témoins ont critiqué ce système, estimant que la protection qu'il confère est insuffisante et qu'il n'offre pas aux familles les possibilités voulues pour se sortir des griffes de la pauvreté. Quels programmes fédéraux, appliqués par l'intermédiaire du régime fiscal et du système de transferts, reconnaissent la contribution des familles avec des enfants? Comment ces programmes ont-ils évolué avec le temps? Les prestations pour enfants appliquées par le régime fiscal et le système de transferts sont analysées dans le deuxième chapitre du présent rapport.

Le Sous-comité s'est interrogé sur l'incidence de ces programmes sur l'élimination de la pauvreté chez les enfants. Il a entendu une grande quantité de témoignages concernant les apparences lacunes du système actuel, et de nombreux témoins ont proposé des changements en vue de l'améliorer. En général, les lacunes portent sur l'insuffisance du revenu découlant du chômage, de l'insuffisance du salaire minimum, des inégalités de salaire et d'emploi, d'une formation inadéquate ou de faillies dans le système d'aide sociale, sur le manque de garderies et de logements satisfaisants et abordables et sur une érosion progressive de l'aide à l'enfance. Ces problèmes sont examinés dans le troisième chapitre.

Enfin, le Sous-Comité a évalué les mesures d'intérêt public, les programmes et les services qui existent actuellement afin de déterminer s'ils répondent aux besoins des familles avec des enfants. Bon nombre des témoins ont dit douter que ces mécanismes appuient vraiment la famille. Le chapitre quatre présente ce que le Sous-comité envisage comme solutions au problème de la pauvreté chez les enfants, solutions grâce auxquelles le problème pourrait être éliminé d'ici l'an 2000. Toutefois, pour y arriver, il faudra mettre sur pied de nouvelles initiatives et modifier les programmes et services existants.

Nous nous sommes engagés à ratifier intégralement la Convention avant la fin de l'année prochaine, ce qui sera fait. Notre objectif est de veiller à ce que les lois canadiennes soient respectées, tout comme la Convention qui y sera intégrée⁹.

B. ÉTUDES PARLEMENTAIRES ANTÉRIEURES

Ce n'est pas la première fois que le Parlement étudie la pauvreté. En effet, il y a vingt ans, un comité sénatorial spécial avait étudié le problème et publié un rapport intitulé *La pauvreté au Canada*. En 1980, le Comité sénatorial permanent de la santé, du bien-être social et des sciences a publié *L'enfant en péril*, qui étudiait les liens entre les expériences de la petite enfance, y compris la pauvreté, et les comportements criminels. Tout récemment, soit en janvier 1991, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié *La pauvreté dans l'enfance : vers un avenir meilleur*, qui fait suite à *La pauvreté dans l'enfance et les problèmes sociaux à l'âge adulte*, le rapport intermédiaire que le Comité a rendu public en décembre 1989.

L'étude sur la pauvreté chez les enfants mérite d'être soulignée, étant donné que la Chambre des communes y a étudié certaines des questions liées à la pauvreté chez les enfants, comme la criminalité et la violence, le système d'allocations familiales et la suppression d'emploi, mais non la pauvreté chez les enfants en soi. Le moment est venu pour la Chambre des communes d'éclairer de ses idées et de ses recommandations ce problème grave, problème qui ne peut qu'avoir des répercussions sur l'avenir de notre pays.

Ces témoignages ont été publiés dans les fascicules nos 1 à 13 du Sous-comité de la pauvreté, 2^e session, 34^e législature et fascicule n° 1 de la 3^e session, 34^e législature.

C. ÉTUDE DU SOUS-COMITÉ ET MÉTHODE

À la suite de l'adoption de la motion de M. Broadbent, le Sous-comité a décidé unanimement d'élaborer un plan visant à éliminer la pauvreté chez les enfants d'ici l'an 2000. Voici le mandat du Sous-comité :

1. étudier la question de la pauvreté chez les enfants à la lumière des circonstances sociales, démographiques et économiques changeantes qui affectent les familles.
2. faire enquête et produire un rapport sur la capacité des politiques gouvernementales actuelles à atténuer la pauvreté chez les enfants et à aider les familles, particulièrement en ce qui a trait aux points suivants :

a) sécurité du revenu familial :

1) tiré de l'emploi,

2) tiré des programmes gouvernementaux de soutien du revenu.

b) disponibilité et accessibilité de services qui aident les parents à s'acquitter de leurs responsabilités envers leurs enfants.

3. recommander des solutions au problème de la pauvreté chez les enfants.

Le premier ministre Brian Mulroney a aussi exprimé son inquiétude :

Personne ne souffre de la pauvreté plus que les enfants. (. . .) (Nous avons convenu unanimement de l'urgence de nous attaquer à ces problèmes. (. . .) Nous avons constaté que le développement sain des enfants comporte plusieurs aspects, c'est-à-dire d'ordre économique, médical et technologique.

Dans un domaine comme celui-là, qui se prête si aisément aux généralisations, il fallait pourtant inciter à l'action pratique les gouvernements, les organisations internationales, les organismes non gouvernementaux, les collectivités locales et les familles, lesquelles ont la responsabilité principale d'assurer aux enfants du monde un milieu où ils se sentent aimés.

Les 71 dirigeants réunis ici ont entériné une Déclaration commune et un Plan d'action. Dans la Déclaration, ils se sont engagés à obéir à dix grands principes (. . .) Dans le Plan d'action, ils ont approuvé des objectifs précis et une série de mesures diverses destinées à améliorer le sort des enfants de par le monde ⁴.

Le 1^{er} octobre 1990 est une date mémorable pour les enfants canadiens; en effet, ce jour-là, le premier ministre a pris la parole devant l'Assemblée générale des Nations Unies à l'occasion du Sommet mondial pour les enfants. Ce jour-là également, le premier ministre a demandé au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de recommander au Cabinet des objectifs et des orientations, dans le cadre de la Déclaration et du Plan d'action, à partir desquels seraient élaborés des programmes d'action nationaux pour les enfants.

La réponse du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a été immédiate. Le même jour, il disait à la Chambre des communes :

(L) Le premier ministre m'a demandé aujourd'hui de coordonner les activités au sein du gouvernement en ce qui touche les enfants, en réponse à la déclaration faite aux noms des enfants aux Nations Unies. (. . .) J'annonce la création du bureau fédéral de l'enfance, qui relèvera du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et nous aidera à atteindre ces objectifs⁵.

Bien que les droits des enfants aient été reconnus à l'échelle internationale grâce à la Déclaration des Nations Unies sur les droits de l'enfant en 1959, de nombreuses nations ont réclamé un engagement plus ferme durant l'Année internationale de l'enfant, en 1979. De ce mouvement est issu, entre autres choses, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

Le 20 novembre 1989, cette convention a été adoptée par consensus à l'Assemblée générale des Nations Unies. En gros, la Convention énonce les droits sociaux, économiques, culturels, civils et politiques des enfants, incluant le droit au bien-être physique et matériel, des droits destinés à les protéger contre les mauvais traitements, la négligence et l'exploitation; des droits qui favorisent leur développement par l'éducation et les loisirs; des droits culturels et linguistiques; et le droit d'exprimer leurs opinions et de participer aux décisions qui les concernent.

Le Canada a signé la Convention le 28 mai 1990. Avant qu'elle soit ratifiée, toutefois, il faut que le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales vérifient si leurs lois et leurs politiques correspondent aux obligations et aux principes de la Convention. S'adressant à la Chambre des communes le 1^{er} octobre 1990, M. Beatty a déclaré :

⁴ Cabinet du premier ministre, *Notes pour une allocution du premier ministre Brian Mulroney à l'Assemblée générale des Nations Unies*, 1^{er} octobre 1990.

⁵ *Débats des Communes*, 1^{er} octobre 1990, p. 13614.

LES ENFANTS DU CANADA

Notre avenir

INTRODUCTION

A. POURQUOI UNE ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS?

Le Sous-comité sur la pauvreté du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine de la Chambre des communes a été créé en juin 1989 à la demande de députés des trois principaux partis politiques. Le 24 novembre 1989, la Chambre des communes a adopté à l'unanimité une motion présentée par M. Ed Broadbent, alors chef du Nouveau Parti démocratique :

Que la Chambre témoigne de son souci pour le million et plus d'enfants canadiens qui vivent dans la pauvreté et s'emploie à réaliser l'objectif d'éliminer la pauvreté chez les enfants du Canada d'ici l'an 2000.

Des représentants de tous les partis ont pris la parole sur la motion, ce qui indique bien que la pauvreté chez les enfants n'est pas un thème partisan. M. Broadbent a fait remarquer :

Pour conclure, je tiens à dire ceci : Que les Canadiens soient conservateurs, libéraux ou néo-démocrates, ils sont tous autant les uns que les autres acquis à l'idée qu'il faut assurer le bien-être des enfants. (. . .) Je ne crois pas que nous nous disputions lorsqu'il s'agit de cet objectif. (. . .) Nous avons la compétence. Nous pouvons faire pour les besoins de nos enfants ce que nous avons déjà fait pour les pensions de la sécurité de la vieillesse et pour l'assurance-maladie. Il suffit de faire preuve de la même volonté¹.

Dans ses remarques, M. Lloyd Axworthy, du Parti libéral, a quant à lui déclaré :

Je demande à tous les députés d'appuyer la motion et de prouver aux Canadiens que le Parlement (. . .) a le pouvoir et (. . .) la volonté politique d'aborder et de régler le problème de la pauvreté chez les enfants dans notre beau pays².

Cet appui généralisé des parlementaires a été réitéré par l'honorable Perrin Beatty, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social :

Tous les Canadiens (. . .) se préoccupent beaucoup de l'avenir de nos enfants et de celui de notre pays. Nous pouvons tous unir nos efforts pour chercher à résoudre ce problème. (. . .) Toute société qui s'inquiète de son avenir doit se préoccuper du sort de ses enfants³.

¹ *Débats des Communes*, 24 novembre 1989, p. 6178.

² *Ibid.*, p. 6206.

³ *Ibid.*, p. 6180, 6202.

LA PORTE DE L'ESPRIT

Dans ma tête il y a un mur, que je ne peux escalader

Après des mois à me creuser les méninges, j'ai décidé de construire
une porte

J'ai trouvé un scie, j'ai acheté du bois, et j'ai percé un trou dans
le mur

C'était une porte en chêne avec une poignée en or et des pentures
de laiton qui brillaient

Enfin, c'était fini, j'ai pris une lampe, je suis entré et,
dans le cercle de lumière, j'ai vu un autre mur plus haut que le
premier et je me suis mis à pleurer.

(Poème rédigé par un enfant de Fredericton et présenté au Sous-comité)

41	CHAPITRE TROIS – Les «causes» de la pauvreté
41	A. INSUFFISANCE DU REVENU
42	1. Plein emploi
42	2. Salaires minimums
43	3. Assistance sociale
44	4. Égalité des salaires et égalité en matière d'emploi
45	B. GARDE DES ENFANTS
46	C. LOGEMENTS SOCIAUX
47	D. L'ÉROSION DES PRESTATIONS POUR ENFANTS
47	E. LES DÉFIS QUI SE POSENT AUX RÉFUGIÉS
49	CHAPITRE QUATRE – Nouvelles Orientations
49	A. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE ET D'INTERVENTION PRÉCOCE
49	1. Une stratégie de «bébés en santé»
52	2. Garde des enfants
57	3. Intervention dans les écoles et soutien de la communauté
61	4. Logement social
64	B. REVENU SUFFISANT ET CRÉATION D'EMPLOIS
65	1. Le système d'aide sociale
66	2. Le salaire minimum
67	3. Création d'emplois et formation professionnelle
71	4. Le système de transferts et le régime fiscal
73	C. LES AUTOCHTONES
74	D. UN PLAN D'ACTION GLOBAL
77	ANNEXE A
111	ANNEXE B – Liste des témoins
117	ANNEXE C – Liste des particuliers et des organismes qui ont soumis un mémoire
121	Procès-verbal

TABLE DES MATIÈRES

3	LES ENFANTS DU CANADA — Notre avenir	3
3	INTRODUCTION	3
3	A. POURQUOI UNE ÉTUDE SUR LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS?	3
5	B. ÉTUDES PARLEMENTAIRES ANTÉRIEURES	5
5	C. ÉTUDE DU SOUS-COMITÉ ET MÉTHODE	5
7	A. COMMENT DÉFINIR LA PAUVRETÉ ET EN MESURER L'ÉTENDUE?	7
8	1. Les seuils de faible revenu de Statistique Canada	8
9	2. Autres indicateurs de «pauvreté»	9
10	B. L'ÉTENDUE DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS :	10
10	LE NOMBRE D'ENFANTS PAUVRES	10
12	C. L'AMPLEUR DE LA PAUVRETÉ : LE DEGRÉ DE PAUVRETÉ DES PAUVRES	12
13	D. LA DURÉE DE LA PAUVRETÉ : COMBIEN DE TEMPS LA PAUVRETÉ	13
15	E. LES EFFETS DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES ENFANTS	15
16	1. Les effets sur la santé physique	16
19	2. Les effets sur les résultats scolaires	19
21	3. Les facteurs qui contribuent au comportement criminel	21
22	F. LA PAUVRETÉ CHEZ LES AUTOCHTONES DU CANADA	22
23	G. PERSPECTIVES INTERNATIONALES	23
27	CHAPITRE PREMIER — Les dimensions de la pauvreté chez les enfants	27
27	A. LE RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA	27
31	B. LE PROGRAMME DES ALLOCATIONS FAMILIALES	31
33	C. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR ENFANTS REMBOURSABLE	33
34	D. LES CRÉDITS NON REMBOURSABLES	34
34	1. Le crédit d'impôt pour enfants à charge non remboursable	34
35	2. Le crédit non remboursable de personne mariée ou l'équivalent	35
36	E. LA DÉDUCTION POUR FRAIS DE GARDE DES ENFANTS	36
36	F. LE CRÉDIT REMBOURSABLE POUR TAXE SUR LES	36
37	G. CONCLUSION	37
27	fiscal et du système de transferts fédéral	27
27	A. LE RÉGIME D'ASSISTANCE PUBLIQUE DU CANADA	27
31	B. LE PROGRAMME DES ALLOCATIONS FAMILIALES	31
33	C. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR ENFANTS REMBOURSABLE	33
34	D. LES CRÉDITS NON REMBOURSABLES	34
34	1. Le crédit d'impôt pour enfants à charge non remboursable	34
35	2. Le crédit non remboursable de personne mariée ou l'équivalent	35
36	E. LA DÉDUCTION POUR FRAIS DE GARDE DES ENFANTS	36
36	F. LE CRÉDIT REMBOURSABLE POUR TAXE SUR LES	36
37	G. CONCLUSION	37
27	CHAPITRE DEUX — Prestations pour enfants en vertu du régime	27

Parti libéral

David Dingwall, membre de novembre 1989 à novembre 1990	1	séance
Albina Guarnieri, membre de novembre 1990 à avril 1991	3	
Suppléante	2	5 séances
Rey Pagtakhan, membre d'avril 1991 jusqu'à présent	8	
Suppléant	6	14 séances
Beth Phinney, suppléante		3 séances
Joe Fontana, suppléant		1 séance
Mac Harb, suppléant		1 séance
Robert Nault, suppléant		1 séance
Christine Stewart, suppléante		4 séances
David Walker, suppléant		2 séances

Nouveau Parti démocratique

Joy Langan, membre de novembre 1989 à novembre 1990	5	séances
Chris Axworthy, membre de novembre 1990 jusqu'à présent	12	séances
Mike Breauugh, suppléant	4	séances
Jim Karpoft, suppléant	1	séance
Jack Whittaker, suppléant	1	séance

Remerciements

C'est avec gratitude que le Sous-comité remercie de leur coopération et de leur aide les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'étude sur la pauvreté chez les enfants au Canada et son élimination d'ici l'an 2000.

Les intervenants ont à l'unanimité déclaré que la pauvreté chez les enfants devrait être éliminée, mais la question relative à la façon de résoudre cet affligeant problème est complexe et controversée. Il est certainement plaisant de voir le nombre de Canadiens désireux de partager leurs expériences, leur expertise et leurs idées et d'essayer d'apporter des solutions pratiques à ce problème.

Nous remercions en particulier Mme June Dewetring du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement qui a offert de façon compétente et enthousiaste des services de recherche et de rédaction. M. Finn Poschmann de la Bibliothèque du Parlement a également passé de nombreuses heures à concevoir et à produire des simulations sur ordinateur qui ont été des outils importants pour les délibérations du comité. Le ministère de la Santé et du Bien-être a aussi aidé le comité à développer un bon nombre des concepts du rapport.

Nous sommes reconnaissants au secteur du greffier d'avoir détaché Clairette Bourque, Nino Travella et Eugene Morawski dont l'aide précieuse a permis de coordonner les audiences, d'organiser les séances et d'aider à la traduction des documents.

Nous félicitons également la Direction des comités, le Bureau de la traduction du Secrétariat d'Etat et la Direction des services de soutien de la Chambre des communes pour leur contribution au présent rapport.

Nous remercions les nombreux députés qui, malgré leurs multiples occupations, ont consacré du temps à cette importante tâche.

Parti progressiste-conservateur

Nicole Roy-Arcelin, présidente de novembre 1989 à novembre 1990	7	séances
Barbara Greene, membre de novembre 1989 à novembre 1990	5	
présidente de novembre 1990 jusqu'à présent	21	26 séances
Edna Anderson, membre d'avril 1991 jusqu'à présent	10	
Suppléante	2	12 séances
Jean-Luc Joncas, membre d'avril 1991 jusqu'à présent	12	séances
Louise Feltham, membre de novembre 1990 à avril 1991	5	séances
Harry Brightwell, suppléant	1	séance
John Cole, suppléant	1	séance
Doug Fee, suppléant	1	séance
Ken James, suppléant	1	séance

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner le sujet de la pauvreté.

Le Sous-comité a présenté son premier rapport au Comité.

Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ SUR LA PAUVRETÉ DU COMITÉ
PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME
ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-président: Chris Axworthy

Membres

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Le greffier du Sous-comité

Eugene Morawski

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON POVERTY OF THE STANDING
COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL,
AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairman: Chris Axworthy

Members

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

(Quorum 3)

Eugene Morawski

Clerk of the Sub-Committee

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

Santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

CONCERNANT:

Etude du premier rapport du Sous-comité de la pauvreté

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee
on Poverty

Y COMPRIS:

Deuxième rapport à la Chambre: Les enfants du
Canada: Notre avenir

INCLUDING:

Second report to the House: Canada's Children:
Investing in our Future

LES ENFANTS DU CANADA : Notre avenir

Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition
féminine

Barbara Greene, députée
présidence

Sous-comité sur la pauvreté

Décembre 1991



LES ENFANTS DU CANADA : Notre avenir

Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition
féminine

Barbara Greene, députée
présidence

Sous-comité sur la pauvreté

Décembre 1991



HEPATITIS B



**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE,
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

**BARBARA GREENE, M.P.
CHAIR**

**STANLEY WILBEE, M.P.
CHAIR
SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES**

FEBRUARY 1992

HEPATITIS B

**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN**

**BARBARA GREENE, M.P.
CHAIR**

**STANLEY WILBEE, M.P.
CHAIR
SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES**

FEBRUARY 1992

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on *Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the Status
of Women**

**Santé et du bien-être
social, des affaires
sociales, du troisième
âge et de la condition
féminine**

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee
on Health Issues

Future Business

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur les
questions de santé

Travaux futurs

INCLUDING:

Third report to the House: Hepatitis B

Y COMPRIS:

Troisième rapport à la Chambre : Hépatite B

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES OF THE
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Stan Wilbee

Vice-Chairman: Rey Pagtakhan

Members

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Eugene Morawski

Clerk of the Sub-Committee

Thomas Curren
*Research Branch
Library of Parliament*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Membres

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Stan Wilbee

Vice-président: Rey Pagtakhan

Membres

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Le greffier du Sous-comité

Eugene Morawski

Thomas Curren
*Service de recherche
Bibliothèque du Parlement*

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

THIRD REPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of Hepatitis B.

The Sub-Committee submitted its First Report to the Committee.

Your Committee adopted the following Report which reads as follows :

TABLE OF CONTENTS

LIST OF RECOMMENDATIONS	ix
INTRODUCTION	1
HEPATITIS B	2
THE RISKS OF HEPATITIS B INFECTION	2
HEPATITIS B IN CANADA	3
VACCINATION AGAINST HEPATITIS B	4
COST OF HEPATITIS B VACCINE	7
INFORMATION AND EDUCATION	9
IMMIGRATION AND HEPATITIS B	10
INCIDENCE AND REPORTING OF HEPATITIS B IN CANADA	12
HEPATITIS B AND HEALTH-CARE WORKERS	12
HEPATITIS B AND ABORIGINAL POPULATIONS	14
CHRONIC FATIGUE SYNDROME	14
APPENDIX A – THE NEW ZEALAND PROGRAM	17
APPENDIX B – LIST OF WITNESSES	19

LIST OF RECOMMENDATIONS

RECOMMENDATION NO. 1

The Sub-Committee recommends that the Federal Government, in cooperation with the provinces and territories, develop and implement a universal immunization program for neonates against hepatitis B. The Sub-Committee further recommends that the Federal Government fund at least 50% of the costs of this immunization program and that appropriate cost-sharing agreements be made with the provinces and territories.

RECOMMENDATION NO. 2

The Committee recommends that the Federal Government, in cooperation with the provinces and territories, develop a "catch-up" program to immunize children at 10 years of age, the purpose being to effect immunization prior to the children's reaching high school age. The Sub-Committee further recommends that the Federal Government fund at least 50% of the costs of this catch-up immunization program and that appropriate cost-sharing agreements be made with the provinces and territories.

RECOMMENDATION NO. 3

The Sub-Committee recommends that the Federal Government develop a program, in cooperation with the provinces and the territories, to routinely test pregnant women for hepatitis B infection. Where the test is positive, the baby should receive hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine in accordance with the recommendations of the Canadian Immunization Guide.

RECOMMENDATION NO. 4

The Committee recommends that the Federal Government, through the Departments of Health and Welfare and Supply and Services, conduct a study on the pricing of hepatitis B vaccine: first, to determine why the prices of identical vaccines vary significantly between different countries; second, to ensure that the negotiations on price with vaccine manufacturer(s) are conducted with full knowledge of prices paid in other jurisdictions; and, third, to ensure that those vaccines of acceptable quality that are supplied to Canada will be available at the lowest possible price on the world market.

RECOMMENDATION NO. 5

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada, in cooperation with provincial and territorial health departments, develop and implement information and education programs to combat hepatitis B, to prevent the spread of this disease in Canada. Such programs should be directed to the Canadian public generally, and to identified high-risk groups and communities.

RECOMMENDATION NO. 6

The Sub-Committee recommends that the Federal Government develop a program to deal with the possibility that hepatitis B might be spread within Canada by immigrants from regions of the world where the disease is endemic and occurs at intermediate or high incidence among the population. Such a program could include universal immunization of all immigrants to Canada, prior to their entry into this country, or a selective immunization program to apply only to immigrants from regions of intermediate and high endemicity.

RECOMMENDATION NO. 7

As an alternative to Recommendation No. 6, the Sub-Committee recommends that the Federal Government study and evaluate the need for, and potential effectiveness of, a program for the screening of immigrants to Canada for hepatitis B infection. The Sub-Committee further recommends that, where an immigrant to Canada tests positive for hepatitis B infection, immunization of all uninfected and susceptible family members against hepatitis B shall be mandatory, prior to their entry into this country.

RECOMMENDATION NO. 8

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada review the effectiveness of the program requiring that all cases of hepatitis B diagnosed in Canada be reported to the Laboratory Centre for Disease Control, to ensure that reporting of this disease will be as complete as possible.

RECOMMENDATION NO. 9

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada review the need for a comprehensive epidemiological study of hepatitis B in Canada and, if appropriate, design and implement, in cooperation with the provinces and territories, an epidemiological study to determine the incidence of hepatitis B in this country.

RECOMMENDATION NO. 10

The Sub-Committee recommends that the Federal Government, through Health and Welfare Canada, take the lead in initiating discussions with provincial and territorial governments, and with associations of health-care professionals, toward the development and implementation of a national policy on the mandatory testing and immunization of health-care professionals for hepatitis B.

HEPATITIS B IN CANADA

INTRODUCTION

The struggle against infectious disease is an integral part of human civilization. Enormous strides have been made against disease in the twentieth century, especially through the development of vaccines and antibiotics. The immunization of populations, or particular target groups, has brought many once-devastating diseases under control. Some diseases, notably smallpox, have been all but eradicated through the use of vaccines.

Prevention of disease is the first line of defense in health care. In a world made continually smaller by modern transportation technologies, geographic boundaries have become almost meaningless as barriers to infectious disease. Many Canadians travel extensively throughout the world, on business, for government, and for recreation. Also, Canada is a destination of choice for immigrants from many countries. One consequence of a shrinking and crowded world is the spread of infectious diseases which normally would be largely confined to their regions of origin. One such disease is hepatitis B.

Hepatitis B is a devastating disease in many parts of the world. The incidence of hepatitis B is increasing in Canada and the disease has the potential to become a major problem in this country. In this report, we discuss the various aspects of hepatitis B, and we propose a number of recommendations to reduce the spread of this disease in Canada. Appropriately, our approach to this disease is objective and, in some cases, rather technical. It is important, however, to bear in mind the enormous cost exacted by hepatitis B in terms of human suffering and personal tragedies.

The first witness the Sub-Committee heard on this issue was Mrs. Bobbi Bower, a private citizen from British Columbia. Mrs. Bower presented eloquent and moving testimony to the Sub-Committee about the death of her 16-year old daughter, who was a promising young model, from hepatitis B in December 1989. Mrs. Bower's daughter left home in the autumn of 1989 and spent five weeks associating with street people. During this period, she contracted hepatitis B. Unfortunately, she developed the very rare fulminant type of hepatitis that leads to rapid destruction of the liver and is often fatal. Mrs. Bower's daughter died six days after her hepatitis B was diagnosed.¹

Although this very tragic case is not typical of the usual course of hepatitis B infection, the Sub-Committee believes that hepatitis B presents a serious potential threat to Canadian society. It also presents a major challenge to governments in terms of policy development in the health-care field. The threat of hepatitis B to health-care workers, and their patients, has recently been dramatized in the case of a surgeon in Nova Scotia who was infected by a patient and who subsequently may have infected two other patients while performing surgery.²

¹ *Minutes of Proceedings and Evidence of the Sub-Committee on Health Issues of the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Seniors and the Status of Women (hereafter, Proceedings), Issue 1, 3 October 1991, p. 14.*

² Deborah Jones, "Hepatitis leaves Halifax surgeon an operating room outcast", *Canadian Medical Association Journal*, 15 November 1991, p. 1345-1348.

There is no cure for hepatitis B, but we have the technology to prevent the spread of this disease in Canada through the use of a safe and very effective vaccine. There will be significant costs involved in a coordinated program of disease prevention, but the failure to institute such a program will also have very high costs. This report discusses the issues associated with hepatitis B. The testimony is to be found in Issue Nos. 1-5 of the Sub-Committee on Health Issues of the Third Session of the Thirty-Fourth Parliament.

HEPATITIS B

Hepatitis is a term for a number of serious liver diseases: the word itself is derived from the Greek and means "inflammation of the liver". Hepatitis may be caused by a number of agents, including alcohol, drugs, or environmental chemicals, but is most often caused by one of a number of hepatitis viruses. The hepatitis B virus (HBV) is associated with a wide spectrum of liver disease, including acute hepatitis, chronic hepatitis, cirrhosis of the liver, and hepatocellular carcinoma or liver cancer.

The incubation period for hepatitis B is about 6 to 25 weeks. Some stages of the disease may be only mildly symptomatic, or there may even be no symptoms, and many people are in this latter category. More serious symptoms include loss of appetite, tiredness, and general feelings of weakness, symptoms similar to those caused by influenza. Jaundice, a yellowing of the skin, may occur, and a fever may also be present.

In very rare cases, fulminant hepatitis, the most serious acute form of the disease, may develop. This rapidly progressive form of the disease often results in death as massive sections of the liver are destroyed. Death occurs as a consequence of liver failure.

In most cases of hepatitis B, the disease runs its course in four to eight weeks, except in the elderly and in cases contracted through blood transfusion. In these cases, death rates may reach 10 to 15%. Chronic hepatitis may occur in 5 to 10% of HBV infections. Full-blown chronic active hepatitis may occur and eventually lead to cirrhosis. A subclinical chronic carrier state may develop in some patients, and this state reportedly is the one most likely to lead to liver cancer. Thus, it is important to realize that even mild symptoms of hepatitis can lead to serious complications in the affected person.

The likelihood of becoming a carrier of the virus varies inversely with the age at which infection occurs. For infants infected at birth by a carrier mother, the rate of carriage can be up to 90%. For children infected before five years of age, the probability of becoming a carrier is between 25% and 50%. In comparison, acutely infected adults have only a 5% to 10% probability of becoming carriers. The difference appears to be that the immune systems of the very young are less successful at eliminating the virus, after the disease has run its course, than are adult immune systems.

THE RISKS OF HEPATITIS B INFECTION

Persons infected with HBV carry the virus in all body fluids, including blood, semen, vaginal secretions, saliva, sweat, urine, and even tears. The disease is usually spread through exposure to the body fluids from infected individuals. Thus, health-care professionals, including dental professionals, are often at risk, particularly in surgery, or in emergency and rescue situations where bleeding is common. For the same reasons, police and firefighters and emergency/rescue personnel can be at higher risk. Students training for these professions are also at risk.

Hepatitis B is a sexually transmitted disease (STD): the virus can be transmitted by sexual contact with an infected person. Homosexually active males, promiscuous heterosexuals, and prostitutes are at increased risk. The sharing of needles to inject illicit drugs is another highrisk activity. Other highrisk groups include correctional officers and prisoners in institutions, embalmers and funeral directors, and staff and residents of institutions for the mentally handicapped.

One group at considerable risk of contracting hepatitis B are the many young people who leave home each year to become, for varying periods of time, "street people". Variouslly referred to as "runaways" or "curb-kicker kids", these young people experiment with sex and drugs, usually in ignorance of the high risks of contracting the infectious diseases that are associated with such behaviour.

With a disease such as hepatitis B, the chain of risk can reach back into the original community when the runaway comes back home. Mrs. Bower's daughter, for example, returned home and re-established a former relationship. Her partner became infected by the hepatitis B virus. Later, when he became involved in a new relationship, he passed the virus on to his new partner.³

HEPATITIS B IN CANADA

Worldwide, hepatitis B affects some 50 million people annually and is reported to cause more than two million deaths each year. An estimated one billion persons are infected by the virus and some 300 million persons are believed to be chronic carriers of the virus. Regions of the world are classified as being of high endemicity, where the carrier rate is 7-20%; of intermediate endemicity, with a carrier rate of 2-7%; and of low endemicity, with a carrier rate of 2% or less. Hepatitis B is present at a very high rate in tropical Africa, in East and Southeast Asia, and in parts of South America.

Canada is a country with a low endemicity of hepatitis B. The virus is present at a low incidence in the general population. Dr. Laurence Blendis, representing the Canadian Liver Foundation, testified that the prevalence of the virus in Canada, as determined through testing of blood some ten years ago by the Canadian Red Cross, was about 0.2-0.3% in most provinces, and about 0.5% in Quebec.⁴ The rates are much higher in some subpopulations in Canada, however, and these include some aboriginal groups living in northern parts of Canada, and in Canadian residents who have emigrated to Canada from areas of the world where hepatitis B is present at high levels of endemicity.

Hepatitis B has been a notifiable disease in Canada since 1969. Physicians are required to report diagnosed cases to local health agencies who then forward the information to provincial or territorial health ministries. The data are combined into specific age and sex groupings and ultimately forwarded to the Laboratory Centre for Disease Control (LCDC) at Health and Welfare Canada. Difficulties associated with the correct diagnosis of the disease have impacts on the treatment and spread of hepatitis B and also on the accuracy of data on trends in disease occurrence and numbers of persons in Canada who may be carriers of the disease.

The available information indicates that hepatitis B is increasing in Canada. The Canada Diseases Weekly Report, a publication of Health and Welfare Canada, states in the 3 August 1991 issue that: "The reported incidence of hepatitis B in Canada has increased by a factor of 2.5 during

³ *Proceedings*, Issue 1, p. 20.

⁴ *Proceedings*, Issue 2, p. 7.

the period 1980 to 1989.”⁵ There are two reasons for this reported increase. One is that the disease actually is increasing in frequency in this country; the second reason is that diagnostic procedures have improved over the decade and physicians are more likely to identify and report actual cases. However, between 50% and 90% of cases of hepatitis B are subclinical and never come to the attention of medical practitioners.

The Sub-Committee received disturbing testimony that hepatitis B may be seriously under-reported in Canada, the foregoing statements notwithstanding. Dr. Blendis made the following statements:

“Everybody knows that the incidence rates (of hepatitis B) are hugely under-reported ... every time a laboratory ... makes a diagnosis of hepatitis .. they have to report it to the public health authorities. When the public health authorities receive the report, they send me a form to fill out about the details of the case. I estimate that I get only one form in ten of the patients who are diagnosed, and it may be even less.”⁶

Dr. J.Z. Losos, Director General of Health and Welfare Canada’s Laboratory Centre for Disease Control, agreed with the suggestion that hepatitis B is under-reported in Canada and stated that “under-reporting in any disease is a commonplace problem with public health”.⁷ Dr. Losos did not agree that there were ten times as many carriers of HBV as the incidence statistics show, but he did not offer an alternate figure.

VACCINATION AGAINST HEPATITIS B

Currently, there is no effective treatment for hepatitis B, except to treat the symptoms of the disease. As noted above, most patients recover from the infection after a period, and most adult patients eliminate the virus from their systems. Anti-viral drugs are not effective against hepatitis B. The principal weapon against this disease is vaccination to prevent the infection in the first place.

A vaccine against hepatitis B became available in 1982. This vaccine was derived from the blood plasma of humans infected by the virus. In 1987, new vaccines became available which were produced by yeast strains genetically modified to synthesize the viral surface antigen, designated as “HBsAg”. Thus, these recombinant DNA (rDNA) vaccines do not contain any virus particles. Instead, they consist of a highly purified protein antigen. The vaccines, two of which are available in Canada, are known to be effective in conferring immunity in up to 95% of those persons who are vaccinated.⁸

An important issue to be considered in developing an immunization program for any disease is that of the costs and benefits of such a program. A basic objective is to identify and quantify the benefits to be obtained from an immunization program. Such benefits are both direct and indirect and may include a real decrease in disease incidence as more and more people are made immune to the infectious agent, and the possibility that the disease might be eradicated from the population, or nearly so. This could lead to significant reductions in present and future health-care expenses, and lower economic impacts of the disease in terms of employee absenteeism and premature deaths of affected persons, including wage-earners. The reduction in human suffering from the disease obviously is a major consideration although the dollar value cannot be calculated.

⁵ Health and Welfare Canada, “National Advisory Committee (NACI) Statement on Universal Immunization Against Hepatitis B”, *Canada Diseases Weekly Report*, 3 August 1991, p. 170.

⁶ *Proceedings*, Issue 2, p. 8.

⁷ *Proceedings*, Issue 1, p. 37.

⁸ *Proceedings*, Issue 2, p. 15.

Immunization programs are expensive, however, both in terms of the cost of the vaccines and the technical and administrative costs associated with their delivery. The possible dollar costs of a universal neonate immunization program for hepatitis B can be crudely estimated simply by multiplying the current cost of vaccine by the number of neonates born in Canada each year.

In 1989, there were 392,505 live births in Canada. At present, the cost of hepatitis B vaccine is about \$70 for a course of three doses. The annual cost to immunize all neonates would thus be about \$27.5 million, for vaccine alone. If a catchup program involving 10-year olds were instituted at the same time, the vaccine costs would double to about \$55 million for each year that the dual program was in effect. It is essential to note, however, that high quality hepatitis B vaccine is being sold in some countries, notably New Zealand, at prices much lower than the current price in Canada. The Sub-Committee firmly believes that the vaccine can be acquired at much lower prices than we are currently experiencing.

Since the first introduction of the vaccine in 1982, immunization has been restricted to designated high-risk groups. The effectiveness of this strategy has been questioned by several witnesses before the Sub-Committee. Even among the most astute and concerned high-risk group, the health-care professionals, immunization programs reportedly have achieved only a 50-70% success rate. Part of the difficulty is that immunization requires a course of three injections (four, in some exceptional cases) over a period of six months, and the full course of doses is necessary to ensure that immunity is achieved.

In August 1991, the National Advisory Committee on Immunization (NACI) issued a statement on a program of universal immunization against hepatitis B. The NACI noted that, in spite of the targeted immunization program, the incidence of the disease has continued to increase. With the possible exception of health-care professionals, high-risk groups, including those that account for the majority of cases of hepatitis B, have been difficult to reach and bring into the immunization program.

The NACI statement notes that there is "an emerging consensus among experts in the field that universal immunization during childhood is the key to the control of hepatitis B virus infection in North America". The NACI has recommended, following a review of the evidence, that "to achieve significant control of hepatitis B in Canada, universal immunization should be implemented. This is in addition to the present high-risk group strategy."⁹

Several witnesses testified to the Sub-Committee on the desirability of a universal immunization program for hepatitis B. Although the Sub-Committee does not believe that hepatitis B is a major health problem in Canada generally at the present time, except in certain groups and communities, we are persuaded that the potential exists for this disease to become a major problem in the future. We agree with the NACI recommendation that a universal immunization program against hepatitis B is desirable.

We also believe that, to make the program effectively universal, the federal government should take the lead, not only in policy development, but in providing funding to the provinces and territories. In the case of the ten provinces and the Northwest Territories, that funding should cover at least 50% of the program's costs. In the case of the Yukon, the federal government should fund 100% of the costs of the hepatitis B immunization program, in accordance with current funding arrangements with the Yukon for other immunization programs. We make the following recommendation.

⁹ *Canada Diseases Weekly Report*, 3 August 1991, p. 165.

RECOMMENDATION NO. 1

The Sub-Committee recommends that the Federal Government, in cooperation with the provinces and territories, develop and implement a universal immunization program for neonates against hepatitis B. The Sub-Committee further recommends that the Federal Government fund at least 50% of the costs of this immunization program and that appropriate cost-sharing agreements be made with the provinces and territories.

A universal immunization program for neonates will protect the new generation of Canadians against hepatitis B, but there is a generation of children that will not benefit from this program. Testimony presented to the Sub-Committee noted that when children reach adolescence, they are at a higher risk of contracting sexually transmitted diseases (STDs) if and when they become sexually active. It is important, therefore, to extend the hepatitis B immunization program to these children prior to their entering high school.

The Sub-Committee believes, based partly on the New Zealand experience (see Appendix A), that a "catch-up" program is necessary to protect this group of children. We feel that, concurrent with a universal program to immunize neonates, a catch-up program should be adopted to immunize 10-year olds. The program could run for ten years, at the end of which period the neonate program will have reached that age group. Funding for this immunization program should be the same as that described above for the neonate program.

RECOMMENDATION NO. 2

The Committee recommends that the Federal Government, in cooperation with the provinces and territories, develop a "catch-up" program to immunize children at 10 years of age, the purpose being to effect immunization prior to the children's reaching high school age. The Sub-Committee further recommends that the Federal Government fund at least 50% of the costs of this catch-up immunization program and that appropriate cost-sharing agreements be made with the provinces and territories.

In cases where a child is born to an infected mother, it is necessary to immunize the child immediately and also administer hepatitis B immune globulin which contains a high antibody titer against HBV. The Sub-Committee received testimony that some jurisdictions in Canada routinely test pregnant women for hepatitis B in order that their babies can be vaccinated at birth.

Murray Krahn and Allan S. Detsky, in a study of the cost-effectiveness of hepatitis B vaccination, state that an estimated 70% of Canadian women are screened at present (1989) and that Alberta screens all prenatal patients through the blood-banking system.¹⁰ Elsewhere in Canada, the screening is dependent upon the initiative of the individual physician. Dr. Noni MacDonald, subsequent to her appearance before the Sub-Committee on behalf of the Canadian Paediatric Society, suggested that the 70% estimate is much too high.

The Sub-Committee believes that screening of pregnant women for hepatitis B should be a standard procedure across Canada. The basis of our concern is that if a child is infected at birth, he/she has about a 90% chance of becoming a chronic carrier. The problem here is twofold: the chronic carrier may pass the virus on to other people, and will be at increased risk of liver damage in later life, including an increased risk of liver cancer.

¹⁰ Murray Krahn and Allan S. Detsky, *Universal Vaccination Against Hepatitis B in Canada: A Cost-Effectiveness Analysis*, (Unpublished), 3 October 1990, p. 15.

The Canadian Immunization Guide, Third Edition (1989) recommends that a baby born to an infected mother should immediately receive an injection of hepatitis B immune globulin, and a course of three infant doses of hepatitis B vaccine, the initial dose being given within seven days of birth, and the other two doses at one month and six months after the first.¹¹

RECOMMENDATION NO. 3

The Sub-Committee recommends that the Federal Government develop a program, in cooperation with the provinces and the territories, to routinely test pregnant women for hepatitis B infection. Where the test is positive, the baby should receive hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine in accordance with the recommendations of the Canadian Immunization Guide.

COST OF HEPATITIS B VACCINE

The cost of hepatitis B vaccine is an important issue in the consideration of any immunization program that might be adopted in Canada. At present, only certain high-risk groups are targeted for immunization but, even in that relatively restricted use, vaccine cost is an issue and may, indeed, be a deterrent to immunization in some cases. There are a number of aspects to the vaccine-cost issue and these are discussed below.

Mr. Frank Evans, a consultant to several pharmaceutical companies, testified that effective vaccines against HBV first came on the market in 1982.¹² The vaccine originally introduced was derived from human blood plasma containing viral surface antigen (HbsAg) collected from persons who were carriers of the virus. Although those vaccines proved to be entirely safe in practice, when the AIDS virus was identified in 1985 there was some public concern because the same populations with hepatitis B infections, and from whom the plasma was collected, also had a relatively high incidence of infection by human immunodeficiency virus (HIV), the virus believed to cause AIDS.

In 1987, commercial supplies of a new hepatitis B vaccine became available, and these were produced using recombinant DNA technology. Genetically modified strains of yeast were used to produce the HBV surface antigen (HbsAg) which was then highly purified and incorporated into a vaccine. With this methodology, there is no possibility of any viral contamination. These vaccines have proven to be completely safe and highly effective against the hepatitis B virus. The plasma-derived vaccines are no longer available in Canada.

According to the testimony of Mr. Evans, the price of the vaccine was \$155 per dose in 1987 and this dropped to \$90 when the new recombinant vaccine was introduced.¹³ The lowest current price in Canada for the vaccine is about \$23.89 per dose. An immunization course typically consists of three doses of vaccine, given at intervals. Thus, hepatitis B immunization currently costs about \$72, in situations where the vaccine is purchased in bulk and the lowest current price applies.

¹¹ Health and Welfare Canada, *Canadian Immunization Guide*, Third Edition — 1989, Minister of Supply and Services Canada, Cat. No. H49-8/1989E, p. 54.

¹² *Proceedings*, Issue 3, p. 7.

¹³ *Proceedings*, Issue 3, p. 11.

For some high-risk groups, depending on relevant provincial programs, immunization can be obtained at a public health clinic at no charge. However, for many, perhaps most, Canadians the price will be substantially higher than the lowest current price of bulk-purchased vaccine. For example, in British Columbia, an individual can purchase the vaccine through a pharmacy and have the inoculations done by his/her family physician without charge under the provincial health-care plan. An informal survey of prices at Vancouver pharmacies indicated a price range for three doses of vaccine between \$102.49 and \$132.

The Sub-Committee has evidence indicating that the cost of hepatitis B vaccine is significantly lower in some other countries than it is in Canada. In New Zealand, for example, which has a universal immunization program against hepatitis B, information from the Department of Health in Wellington states that cost per course of three doses of recombinant vaccine purchased in bulk by the department is less than \$10 NZ. (At current exchange rates this would be less than \$7 Canadian.) This 10-fold price differential is very difficult to understand. Testimony from Mr. Evans states that the price of the vaccine is "volume-sensitive"; that is, the larger the volume purchased, the lower the price per unit.¹⁴

An important factor in the price of the vaccine is the fact that the patent for the viral genetic sequence used to produce the vaccine in yeast is held by a single company, Biogen Inc. of Cambridge, Massachusetts.¹⁵ There is no "generic" brand of hepatitis B vaccine and, given the fact that the production technology is extremely advanced, there may never be. Also, vaccine quality control apparently is a high-cost component of the production process, and this will probably not decrease significantly in the future.

There are two multinational pharmaceutical companies that have received a notice of compliance (that is, government approval) for the hepatitis B vaccine in Canada; SmithKline Beecham Biologicals and Merck, Sharp and Dohme. Neither company produces the vaccine in Canada. Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister of Health and Welfare Canada's Health Protection Branch, stated that the two companies market their vaccine on a world-wide basis.¹⁶ This fact makes the large price differential between Canada and New Zealand very difficult to comprehend.

Mr. Evans, and several other witnesses, testified that the price of vaccine is a function both of the volume purchased and of negotiations between the manufacturer and the purchaser.¹⁷ In Canada, the provincial governments must make the decision about specific immunization programs within their jurisdictions although the federal government may offer advice as well as data on which to base decisions.

In their study of hepatitis B immunization programs, Krahn and Detsky also state that vaccine price is a function of volume purchased:

The prospects of progressive reduction of price .. are good. As with many pharmaceutical products, the ratio of development costs to marginal production costs of Hepatitis B vaccine is high. Pricing policies, therefore, are at least partially determined by volume of usage. Negotiations between policymakers in Canada and pharmaceutical manufacturers have revolved around this issue:

¹⁴ *Proceedings*, Issue 3, p. 12.

¹⁵ *Proceedings*, Issue 3, p. 10.

¹⁶ *Proceedings*, Issue 1, p. 29.

¹⁷ *Proceedings*, Issue 3, p. 17.

policymakers have asked for reduced vaccine prices without assurances of policies ensuring wide usage. Manufacturers have continued to insist that lower prices are contingent on increased volume of sales.¹⁸

The federal government can, and does, become involved in bulk purchasing of vaccines in order to obtain the lowest possible price for the participating provinces. Dr. Losos commented on this point, with specific reference to the hepatitis B vaccine:

The department (of Health and Welfare) does assist the provinces in bringing together the purchasing agents for the provinces, and under the quarterbacking of the Department of Supply and Services they negotiate with the companies the best deal possible, as far as cost of vaccines is concerned.

The cost of these vaccines, the hepatitis B vaccines, has been very high right from the beginning and it is part of the complicating factor in their wide-scale application. But the department does, in fact, negotiate bulk-purchasing agreements with companies. The provinces then buy however much they feel they need and want and which vaccine they need.¹⁹

The Sub-Committee's concern in this area is two-fold. First, for a universal immunization program against hepatitis B to be effective, it is necessary for all provinces and the two territories to participate. For this to happen, the vaccine must be available at an acceptable price. Second, we are concerned that the negotiations over vaccine price should be carried out with clear reference to the prices being paid for vaccines of acceptable quality and purity in countries such as New Zealand.

While we accept that companies should receive a fair return for a high-quality product, we want to ensure that Canadians do not have to pay an excessive price for this vaccine because of deficiencies in the price-negotiating process. The experience of the New Zealand authorities in negotiating a low price for the vaccine is very encouraging for the development and implementation of a universal immunization program in Canada.

RECOMMENDATION NO. 4

The Committee recommends that the Federal Government, through the Departments of Health and Welfare and Supply and Services, conduct a study on the pricing of hepatitis B vaccine: first, to determine why the prices of identical vaccines vary significantly between different countries; second, to ensure that the negotiations on price with vaccine manufacturer(s) are conducted with full knowledge of prices paid in other jurisdictions; and, third, to ensure that those vaccines of acceptable quality that are supplied to Canada will be available at the lowest possible price on the world market.

INFORMATION AND EDUCATION

Effective information and education programs are essential in the fight against any disease. The hepatitis B virus is a robust and highly infectious pathogen but it is essentially confined to bodily fluids and it is not spread through the air in the manner of colds and influenza. With adequate

¹⁸ Krahn and Detsky (1990), p. 7.

¹⁹ *Proceedings*, Issue 1, p. 29.

information, therefore, the spread of hepatitis B can be reduced by the adoption of sensible precautions. The various high-risk groups and activities were noted above. If precautions are taken in high-risk occupations, in sexual activities, and even in drug use (e.g., not sharing needles and syringes), the transmission of HBV can be mitigated and even eliminated.

A universal neonatal and "catch-up" immunization program will effectively break the chain of disease transmission, but those individuals and groups not included in this program still will need to exercise appropriate caution in their activities, whether occupational or social. The wide availability of information on hepatitis B and its modes of transmission will assist in reducing its spread in Canada.

RECOMMENDATION NO. 5

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada, in cooperation with provincial and territorial health departments, develop and implement information and education programs to combat hepatitis B, to prevent the spread of this disease in Canada. Such programs should be directed to the Canadian public generally, and to identified high-risk groups and communities.

IMMIGRATION AND HEPATITIS B

The fact that hepatitis B is much more prevalent in other regions of the world than it is in Canada is an issue that must concern health policy makers in this country. Canada is a country-of-choice for many persons, particularly from developing countries, who are seeking opportunities for a better life for themselves and their families.

Dr. Laurence Blendis, in his testimony, identified immigration from regions of high endemicity of HBV as an important means by which hepatitis B could be spread in Canada:

We are looking at a tremendous increase in the incidence (of hepatitis B in Canada) The question is, why is this happening? ... the world is becoming a village and we (in Canada) are not in an isolated setting. We are getting new citizens from all over the world all the time, and those citizens are coming from the areas of high prevalence of hepatitis B ... One reason I predict our numbers (of hepatitis B cases) will continue to rise sharply is because of our immigration pattern.²⁰

In 1989, Canada received 190,342 immigrants. Of this total, the breakdown by continent of Last Permanent Residence is as follows: Asia, 48.3%; Europe 27.2%; North and Central America, 6.7%; Africa, 6.4%; Caribbean, 5.7%; and South America, 4.6%. Of the almost 92,000 immigrants from Asia, some 45.5% came from Hong Kong, the Philippines, Vietnam and Kampuchea, all areas of high endemicity of hepatitis B. Sub-Saharan Africa is rated as a region of high endemicity and North Africa as intermediate endemicity. Guyana, the principal country of origin of immigrants from South America in 1989, also has a high endemicity of hepatitis B.²¹

The federal government has the sole jurisdiction for the processing and approval of visitors and immigrants to this country. There are two federal acts which deal with immigration and disease: the Quarantine Act and the Immigration Act. The Quarantine Act was created to address diseases that could be dealt with by the quarantine of an individual until he was free of the disease. This is not

²⁰ *Proceedings*, Issue 2, p. 9.

²¹ Employment and Immigration Canada, *Annual Report 1989-1990*, p. 45-47.

really applicable to hepatitis B because of the significant percentage of persons, particularly children, who go on to become chronic carriers of the virus. The act itself is regarded as rather obsolete in the modern era of transcontinental air travel.

The Immigration Act gives the federal government the power to govern the entry into Canada of both immigrants and visitors. There is authority in the act, under Section 19(1)(a) to refuse admission to a person who is suffering from a disease (or other form of health impairment) if that person is "likely to be a danger to public health or public safety" or who might reasonably "cause excessive demands on health or social services".

While the existence of a disease is relatively easy to prove or disprove, questions of public health and safety, and the assessment of demands on health or social services, are matters of informed opinion required to be rendered by at least two medical officers. Thus, there is a judgement component.

Section 11 of the act requires that every would-be immigrant (and visitors of a prescribed class) shall undergo a medical examination. These examinations, for practical reasons, are almost always conducted in the country of origin of the immigrant. In theory, at least, persons with contagious diseases are denied admission to Canada. Such diseases include active tuberculosis, syphilis, some cases of active leprosy, and active typhoid carriers. However, for disease conditions that are treatable, exclusion need not be permanent: once the disease has been successfully treated the individual could be reconsidered for admission into Canada.

For hepatitis B, persons who do not display symptoms of acute hepatitis B are not generally screened out for immigration because routine testing for the disease, or the presence of the virus, is not carried out. If the person were from a country of high endemicity of HBV, liver function tests might be required, and a person with a damaged liver might be screened out on the basis of concern about possible costs of future medical care.

There is apparently much less concern about the HBV carrier status of a prospective immigrant. HBV carriers who do not have demonstrable liver damage or other symptoms of the disease are not considered to be a problem in terms of the probable future cost to Canadian health services. There appears not to be significant concern, on the part of immigration authorities, that an HBV carrier could spread the disease after arrival in Canada.

There is also no requirement that immigrants to Canada be immunized against any infectious disease. Once in Canada, however, provincial authorities may advise that children who attend school should be vaccinated against certain diseases. However, vaccination is not mandatory.

The Sub-Committee has concerns about these aspects of immigration, specifically as they relate to hepatitis B. While we do not wish to see prospective immigrants refused entry to Canada on the basis of their having hepatitis B, or because they have had the disease, we believe that positive actions should be taken by the federal government to minimize the health risks to the families of such persons and to the Canadian community at large.

RECOMMENDATION NO. 6

The Sub-Committee recommends that the Federal Government develop a program to deal with the possibility that hepatitis B might be spread within Canada by immigrants from regions of the world where the disease is endemic and occurs at intermediate or high incidence among the population. Such a program could

include universal immunization of all immigrants to Canada, prior to their entry into this country, or a selective immunization program to apply only to immigrants from regions of intermediate and high endemicity.

RECOMMENDATION NO. 7

As an alternative to Recommendation No. 6, the Sub-Committee recommends that the Federal Government study and evaluate the need for, and potential effectiveness of, a program for the screening of immigrants to Canada for hepatitis B infection. The Sub-Committee further recommends that, where an immigrant to Canada tests positive for hepatitis B infection, immunization of all uninfected and susceptible family members against hepatitis B shall be mandatory, prior to their entry into this country.

INCIDENCE AND REPORTING OF HEPATITIS B IN CANADA

We have noted above that there is concern about the effectiveness and the completeness of the reporting of hepatitis B in Canada, and also about the actual incidence of hepatitis B in Canada. The testimony and evidence we have seen suggests that the reporting of the disease is not complete although hepatitis B has been a notifiable disease in Canada since 1969.

The evidence also strongly suggests that the incidence of hepatitis B in this country may be at least an order of magnitude greater than the published statistics indicate. While we accept the testimony of Dr. Losos that all diseases are commonly underreported, we believe that more accurate reporting is desirable and better knowledge about disease incidence would be useful.

RECOMMENDATION NO. 8

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada review the effectiveness of the program requiring that all cases of hepatitis B diagnosed in Canada be reported to the Laboratory Centre for Disease Control, to ensure that reporting of this disease will be as complete as possible.

RECOMMENDATION NO. 9

The Sub-Committee recommends that Health and Welfare Canada review the need for a comprehensive epidemiological study of hepatitis B in Canada and, if appropriate, design and implement, in cooperation with the provinces and territories, an epidemiological study to determine the incidence of hepatitis B in this country.

HEPATITIS B AND HEALTH-CARE WORKERS

The question of hepatitis B and health-care workers has been brought into sharp focus in recent months because of the situation at the Halifax Victoria General Hospital involving Dr. Reginald Yabsley, the hospital's head of orthopaedic surgery. Dr. Yabsley learned in the fall of 1986 that he had been infected with the hepatitis B virus, probably by a patient. The infection was detected as a result of blood-screening by the Canadian Red Cross after Dr. Yabsley made a blood donation.

In addition to contracting hepatitis B, Dr. Yabsley became a carrier of the virus, meaning that he would be continually infective, probably for his lifetime. He continued to perform operations while taking precautions to prevent transmission of the virus to his patients. Nonetheless, two patients did contract hepatitis B, possibly from Dr. Yabsley. The doctor performed his last surgery on July 31, 1991, and then voluntarily gave up his surgical privileges at the hospital.²²

The Yabsley case raises important questions for Canada's health-care system. The health status of health-care professionals is an important issue, particularly where an infectious disease is involved. The Sub-Committee recognizes two important questions in this context. Both questions relate to the issue of hepatitis B which is the subject of this report, but they clearly apply to other serious infectious diseases.

First, should health-care professionals, particularly surgeons, dentists and dental surgeons, be required to undergo mandatory testing for serious infectious diseases, including hepatitis B, other forms of infectious hepatitis, and the human immunodeficiency virus (HIV)?

The second question is: where an effective vaccine is available, as is the case with hepatitis B, should all health-care professionals be required, by law, to be vaccinated?

Each of these matters falls under provincial jurisdiction, as does the delivery of health services generally. The Sub-Committee believes that the federal government can play a role in both issues, however. Although health matters fall under provincial authority, we believe that exacting national standards for health care comprise a worthy concept, and should be an achievable goal in Canada. The federal government could provide leadership in this area, and assist the provinces to develop and implement common policies on both issues.

In the matter of mandatory testing of health-care workers for certain infectious diseases, such as hepatitis B, the Sub-Committee believes that such testing should be carried out whenever there is a demonstrable threat to patient well-being. We recognize that, in cases such as Dr. Yabsley's, a positive test can result in career termination. Where this happens, the matter of compensation for the affected person may legitimately be raised, and should be fairly dealt with. Our overriding concern, however, is for the well-being of the patient.

In the matter of mandatory immunization of health-care workers against hepatitis B, the Sub-Committee believes that this should be implemented for the general public good. When the first vaccines for hepatitis B became available, health-care workers were identified as a target group because of the obvious health risks that they encounter in their work. To date, immunization has been offered to health-care professionals on a voluntary basis. This program has not been successful in stemming the spread of hepatitis B in Canada, nor have health-care workers universally accepted immunization.

In Dr. Yabsley's case, failure to immunize against the virus has resulted in the premature termination of his career, and the loss of a highly skilled surgeon to Canada's health-care system. The Sub-Committee believes that immunization against hepatitis B should be considered a requirement for employment in the health-care field in much the same way that prescribed educational and training credits also are requirements. Adoption of this policy will protect patients and the health-care workers themselves.

²² Deborah Jones (1991), p. 1346.

RECOMMENDATION NO. 10

The Sub-Committee recommends that the Federal Government, through Health and Welfare Canada, take the lead in initiating discussions with provincial and territorial governments, and with associations of health-care professionals, toward the development and implementation of a national policy on the mandatory testing and immunization of health-care professionals for hepatitis B.

HEPATITIS B AND ABORIGINAL POPULATIONS

Several witnesses referred to the fact that some aboriginal populations in Northern Canada have a much higher level of endemicity of hepatitis B than the Canadian average. Evidence was provided by Health and Welfare Canada, principally from studies of population groups in the Northwest Territories and in Northern Labrador. The studies involved the prevalence of HBV serologic markers within the populations, that is, the presence in blood samples of hepatitis B surface antigen (HBsAg) or the antibody to the surface antigen (anti-HBs). A positive test for the surface antigen indicates that the person is infected with the virus and is a carrier; the presence of the antibody (anti-HBs) indicates that the person has had hepatitis B but is no longer infected.

The Inuit and Dene populations tested had significantly higher prevalence of both serologic markers than did non-natives (predominantly Caucasians). In the Northwest Territories study, the Caucasian population had a seroprevalence rate of 0.3% for HBsAg and 8.5% for anti-HBs. For the Inuit population studied, the rate for HBsAg was 3.9% and for anti-HBs, 24.5%. Comparable, but not identical, results were obtained in the study in Northern Labrador.

These seroprevalence rates among the aboriginal populations in the study indicate that hepatitis B virus is probably endemic in these groups. The Sub-Committee did not receive evidence on the epidemiology of hepatitis B in such populations. However, the seroprevalence rates are somewhat similar to those observed in some regions of Asia which have an intermediate or high endemicity of HBV. A suggestion was made to the Sub-Committee by Dr. Laurence Blendis, representing the Canadian Liver Foundation, that the hepatitis B virus became established among aboriginal groups in these communities "thousands of years ago with the immigration (over the North Polar regions) of peoples from Southeast Asia".²³

Whatever the source of the high incidence of serological markers among these specific groups, or other groups of aboriginal peoples, it is clear that this is an area of significant concern. The Sub-Committee does not make any recommendations specific to aboriginal communities. All of the recommendations in this report, including those for a universal neonate and "catch-up" immunization program, the screening of pregnant women for hepatitis B, and information and education programs, are meant to apply equally to all Canadians, wherever they live and whatever their racial or ethnic origins.

CHRONIC FATIGUE SYNDROME

The question of the possible relationship between Chronic Fatigue Syndrome (CFS) and hepatitis B vaccine was raised during the Sub-Committee's hearings because of the publication of a number of newspaper stories suggesting that immunization of individuals with hepatitis B vaccine

²³ *Proceedings*, Issue 2, p. 14.

had led, in a number of cases, to development of CFS. The source of these claims is the Nightingale Research Foundation of Ottawa, a registered charitable organization that concerns itself with this disease.

Chronic Fatigue Syndrome, or CFS, is a complicated and serious disease, the causes of which are not known with precision. Although the disease has been dubbed the “malaise of the 1980s”, and is also, rather derisively, known as “Yuppie flu”, the condition has been recognized for a very long time under a variety of names. Some of these names are: postviral fatigue syndrome, postinfectious neurasthenia, myalgic encephalomyelitis, Icelandic Disease, and Royal Free Disease.

Testimony on CFS was received from Dr. Irving Salit of the University of Toronto and the Toronto Hospital, and from a number of other medical witnesses. (Although invited by the Sub-Committee, the Chairman of the Nightingale Research Foundation, Dr. Byron Hyde, was unable to appear as a witness.) Dr. Salit’s clinical research is based on experience with more than 600 patients.²⁴

Chronic Fatigue Syndrome often starts as an influenza-like illness, with typical symptoms of sore throat, fatigue, and swollen lymph glands. Where CFS differs from influenza is that the symptoms do not go away. The principal symptom is an incapacitating fatigue that renders many patients unable to work and, in very serious cases, unable even to get out of bed to perform the basic routines of life.

In general, CFS is a disease of adults, most commonly occurring between the ages of 20 and 40 years, with an average age in the early 30s. Dr. Salit has found that two-thirds of his patients are single, two-thirds are female, many are of higher socio-economic status, and about 20% are in the health profession.

Patients afflicted by CFS have many symptoms in addition to debilitating fatigue, including mild fever, swollen lymph glands, muscle weakness, muscle aching (myalgia), headaches, pains in the joints (arthralgia), sleep disturbance, and neuropsychologic complaints. Depression is also a common symptom associated with CFS.

The causes of CFS are, as suggested above, speculative. The etiology appears to include a “triggering event”, some precursor factor that initiates the development of CFS. Infection by the Epstein-Barr Virus (EBV) occurs in about half the cases. Many other viral infections are also associated with the disease, as are a number of bacterial infections. Some patients who have had allergic reactions to various agents, motor vehicle accidents, or other stressful events, have gone on to develop CFS.

The disease can typically continue for a period of about two years. During this time, the patient usually improves slowly and, although recovery may not be complete after two years, the patient is generally very much better. The illness does not appear to shorten a person’s lifespan, and does not appear to damage any major organs. There is some suggestion that the condition may recur in some patients.

Several important points were made in connection with this issue during our hearings. The first is that the hepatitis B vaccine currently in use is a highly purified protein produced through recombinant DNA technology. The vaccine is regarded as completely safe by officials at Health and Welfare Canada, and by all of the medical witnesses who appeared before the Sub-Committee.

²⁴ *Proceedings*, Issue 4, p. 12.

A second point is that currently available information suggests that CFS may be associated with an immune system that is somewhat abnormal, in Dr. Salit's words an immune system that is "sort of turned on a little bit".²⁵ The suggestion was made that this could happen when the immune system was challenged by one of a number of infectious agents, or agents with antigenic properties. It might also happen in a major stress situation, as in a motor vehicle accident or a marriage breakup.

The Sub-Committee has not received, or been referred to, any evidence showing a cause-effect relationship between CFS and hepatitis B immunization. The observation that some 20% of CFS patients may work in the health-care field, together with the fact that about 50% of such persons may have been immunized against hepatitis B, suggests an association between the disease and the vaccine that, on the available evidence, is entirely circumstantial.

No cause-effect relationship having been demonstrated between the hepatitis B vaccine and CFS, the Sub-Committee believes that suggestions of such a relationship are irresponsible and potentially very damaging to medical efforts to control the spread of hepatitis B in this country through immunization programs.

Dr. J.Z. Losos, Director General of Health and Welfare Canada's Laboratory Centre for Disease Control (LCDC) informed the Sub-Committee that studies and surveillance programs have been set up between the LCDC and its collaborators to determine if there is any association between the hepatitis B vaccine and CFS.²⁶ The Sub-Committee agrees with, and commends, this initiative. Because the question has been raised and has received enough publicity to raise public concern, this matter must be dealt with on the basis of evidence rather than speculation.

²⁵ *Proceedings*, Issue 4, p. 9.

²⁶ *Proceedings*, Issue 1, p. 28.

THE NEW ZEALAND PROGRAM

Several witnesses cited the hepatitis B vaccination program in New Zealand as an example that Canada might emulate to combat the threatened spread of hepatitis B infection in this country.

The principal focus of the immunization program in New Zealand has been the protection of children against infection because of their relatively high risk of becoming lifetime carriers of the hepatitis B virus. Such carriers are the major source of infection for others and they are also at some risk of developing chronic liver disease later in life.

Epidemiological studies of hepatitis B in New Zealand were carried out in the 1980s. Among the findings were the following: carrier rates amongst New Zealanders of European origin were less than 1% and the lifetime risk of infection in this group was less than 10%. Among Pacific Islanders and Maoris, however, the carrier rates were between 5% and 10% and the lifetime risk of infection could exceed 50%. New Zealand falls into the category of "intermediate endemicity" according to the World Health Organization (WHO) classification.

Canada somewhat resembles New Zealand in having a general population of largely European extraction with low endemicity of hepatitis B, and certain communities — e.g., aboriginal peoples and immigrants from Asia and Equatorial Africa — with high endemicity. Australia and the United States display comparable endemicity patterns in their populations.

In New Zealand, the transmission of virus from mother to child during birth is thought to contribute about 20-30% of the carrier pool (vertical transmission) for hepatitis B virus. The remainder results predominantly from the spread of virus between young children in the school environment (horizontal transmission). This latter mode of transmission is common in the North Island of New Zealand. There, the climate is warmer than the South Island, and the children wear lighter clothing. They are thus more subject to cuts and scrapes during play, and the possibility of transmission through blood is increased.

New Zealand's immunization program for hepatitis B was based on recommendations made by the Communicable Disease Control Advisory Committee, a body roughly equivalent to Canada's National Advisory Committee on Immunization (NACI). In 1985, the New Zealand Department of Health set as its initial target the highest risk group, namely the infants of highly infectious carrier mothers, a group of about 300 infants per year.

In 1986, additional funding was allocated to extend the program to include neonates of all carrier mothers, about 1500 infants per year. In 1987, the program was further extended to include all neonates in seven out of 18 health districts in the country. These seven districts were rated as "high risk" for early-childhood infection. This phase of the program marked the first time that an attempt was made to bring horizontal, as well as vertical, transmission of the virus under control.

In February of 1988, the New Zealand Cabinet, acting on recommendations from the Department of Health, approved extension of the immunization program to all neonates. Free immunization was also made available to close contacts of women identified as carriers from tests

carried out during pregnancy. A pre-school "catch-up" program for all children under five years of age on 29 February 1988 was instituted at the same time. This age group was chosen because of the higher risk of infection resulting in chronic carriage of the virus. The extension of the program to all neonates and infants followed the availability of data showing that the vaccine was effective at a low dose, thus reducing vaccine costs.

In December 1989, the original plasma-derived vaccine had been replaced by the new yeast-derived vaccine, produced through recombinant DNA technology, and the cost of vaccine had decreased considerably. The government was able to consider a further extension of the program, including, for the first time, school-aged children.

The New Zealand immunization program was reviewed in February 1990. The current program now consists of the following elements. Free immunization against hepatitis B is available to all children under the age of 16 years, from general practitioners. Free immunization is available to all susceptible household/family contacts and sexual partners of persons identified as carrying the virus. There is also a prenatal screening program, and immunoglobulin plus vaccine is available to infants of carrier mothers.

The New Zealand Department of Health's approach to occupational groups is that the responsibility for safety and protection of employees in the workplace rests with employers. Other groups at risk from hepatitis B, including intellectually handicapped children, intravenous drug users, homosexually active men, hemophiliacs and prisoners, have been the responsibility of medical practitioners. In some cases, programs have been developed for them, usually by the organization that is responsible for their care. The Department acknowledges that it is likely that most of these groups will be underserved, for a variety of reasons.

The Government of New Zealand has had to address a number of sensitive issues associated with hepatitis B. These included specific targeting of Maori and Pacific Island groups who had a high endemicity of the virus, and debating the need for pre-vaccination testing of groups and individuals. Canada may have to face similar sensitive issues given the high endemicity in certain aboriginal populations and the fact that many immigrants to Canada come from regions of high disease incidence.

APPENDIX B

List of Witnesses

	ISSUE No.	DATE
Bower, Bobbi	1	October 3, 1991
Canadian Liver Foundation: Ralph Davis, President	1	October 3, 1991
Canadian Liver Foundation: Dr. Laurence Blendis, Member	2	October 10, 1991
Health Protection Branch: Dr. A. J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. J.Z. Losos, Director General, Laboratory Centre for Disease Control.	1	October 3, 1991
Pediatric Society of Canada: Dr. Noni MacDonald; Dr. Victor Marchessault.	2	October 10, 1991
Pharmaceutical Industry Mr. Frank E. Evans, Consultant	3	October 24, 1991
The Toronto Hospital: Dr. Irving Salit, Head, Division of Infectious Diseases; Director HIV Clinic	4	November 7, 1991
University of Manitoba Mr. Allen Ronald, Professor of Internal Medicine and Microbiology.	3	October 24, 1991

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Your Committee requests that the Government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 6 which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE,
Chair

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, FEBRUARY 12, 1992

(9)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met **IN CAMERA** at 3:42 o'clock p.m. this day, in Room 306, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Tom Curren and Odette Madore, Research Officers.

The Committee proceeded to the consideration of future business.

It was moved, —That the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and Status of Women authorize the transfer of \$10,059.90 from within its approved budget for travel to Washington, D.C. of its Sub-Committee on the Status of Women, from March 9 to March 11, 1992, and that the Member for Saint-Hubert and the necessary staff accompany the Sub-Committee.

After debate, it was moved, —That the motion be amended by changing the total amount from 10,059.90 to \$11,859.90 and by adding immediately after "Saint-Hubert" the following: "the Member for Calgary-South-West, a Committee Member from the Official Opposition".

After debate, the amendment was agreed to.

And the question being put on the main motion, as amended, it was agreed to.

The Chair presented the First Report of the Sub-Committee on Health Issues.

It was agreed, —That the Committee ask the Chair to present the First Report of the Sub-Committee on Health Issues as the Third Report of the Standing Committee to the House of Commons.

It was agreed, —That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

It was agreed, —That, the Committee print 3,000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

It was moved, —That the Committee invite the Minister to appear immediately.

After debate, it was moved, —That the motion be amended by adding the words "after the tabling of the Budget".

After debate, the question being put on the amendment, it was agreed to by a show of hands:
Y:3 — N:2.

After debate, the question being put on the main motion, as amended, it was agreed to by a show of hands: Y:4 — N:0.

It was agreed, —That the Committee decide to hear further testimony on the Poverty Report once the Minister has tabled his response to the Report.

It was moved, —That the Committee commence a study of reproductive technology.

After debate, the question being put on the motion, the result of the show of hands was announced: Y:3 — N:3.

Whereupon the Chair voted in the affirmative.

It was moved, —That the Committee endorse the funding by the Federal Government for the Planned Parenthood Federation of Canada.

After debate, the question being put on the motion, it was defeated on a show of hands: Y:2 — N:4.

It was agreed, —That the Planned Parenthood Federation of Canada be invited to appear before the Committee.

It was moved, —That the Committee hold emergency hearings into all aspects of licensing and approval of implant techniques.

After debate it was moved, —That the motion be tabled until a later date.

After debate, the amendment was negatived.

And the question being put on the main motion, it was negatived.

It was agreed, —That all further meetings of the Committee shall be public unless the Clerk is otherwise authorized by the Committee.

At 4:58 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski
Clerk of the Committee

Il est convenu, — Que le Comité entendra d'autres témoignages sur la pauvreté après que le ministre aura déposé sa réponse au rapport.

Il est proposé, — Que le Comité entreprenne d'étudier les nouvelles techniques de reproduction.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, donne lieu au partage des voix: pour, 3; contre, 3. Sur quoi, la présidente vote en faveur de la motion.

Il est proposé, — Que le Comité appuie le financement par le gouvernement fédéral de la Fédération canadienne de planning familial.

Après débat, la motion, mise aux voix à main levée, est rejetée par 4 voix contre 2.

Il est convenu, — Que la Fédération canadienne de planning familial soit invitée à témoigner. Il est proposé, — Que le Comité tienne en priorité des audiences sur tous les aspects du processus d'autorisation des techniques d'implantation.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit déposée pour être étudiée ultérieurement. Après débat, l'amendement est rejeté.

La motion principale est mise aux voix et rejetée.

Il est convenu, — Que toutes les séances ultérieures aient lieu en public à moins que le Comité en décide autrement.

À 16 h 58, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 12, FÉVRIER 1992

(9)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 42, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoft, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Tom Curren et Odette Madore, attachés de recherche.

Le Comité examine ses travaux à venir.

Il est proposé, — Que le Comité permanent autorise le transfert de 10 059,90 \$ de son propre budget à celui du Sous-comité de la condition de la femme, pour lui permettre de se rendre à Washington, D.C., du 9 au 11 mars, et que le député de Saint-Hubert ainsi que le personnel requis accompagnent le Sous-comité.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en remplaçant 10 059,90 \$ par 11 859,90 \$, et en ajoutant après « Saint-Hubert »: « le député de Calgary-Sud-Ouest, un membre de l'opposition officielle ».

Après débat, l'amendement est agréé.

La motion principale, modifiée, est mise aux voix et adoptée.

La présidente présente le premier rapport du Sous-comité des questions de santé.

Il est convenu, — Que la présidente présente à la Chambre le premier rapport du Sous-comité des questions de santé qui devient le troisième rapport du Comité permanent.

Il est convenu, — Qu'en application de l'article 109, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale au rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format bilingue, tête-bêche, avec couverture distincte.

Il est proposé, — Que le Comité invite le ministre à témoigner immédiatement.

Après débat, il est proposé, — Que la motion soit modifiée en ajoutant à la fin: « après le dépôt du budget ».

Après débat, l'amendement, mis aux voix à main levée, est adopté par 3 voix contre 2.

Après débat, la motion principale modifiée, mise aux voix à main levée, est adoptée par 4 voix contre aucune.

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 6 qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Présidence,

BARBARA GREENE

ANNEXE B

Liste des témoins

DATE	FASCICULE N°	
3 octobre 1991	1	Bower, Bobbi.
7 novembre 1991	4	Hôpital de Toronto : Dr Irving Sallit, chef, Département des maladies infectieuses; directeur de la clinique de traitement du VIH.
24 octobre 1991	3	Industrie pharmaceutique : M. Frank E. Evans, consultant.
3 octobre 1991	1	Protection de la santé : Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; Dr J.Z. Losos, directeur général, Laboratoire de lutte contre la maladie.
10 octobre 1991	2	Société canadienne de pédiatrie : Dr Noni MacDonald; Dr Victor Marchessault.
3 octobre 1991	1	Société canadienne des maladies du foie : Ralph Davis, président.
10 octobre 1991	2	Société canadienne des maladies du foie : Dr Laurence Blendis, membre.
24 octobre 1991	3	Université du Manitoba : M. Allen Ronald, professeur de médecine interne et microbiologie.

18 dans le pays. Ces sept districts étaient cotés « à risque élevé » pour l'infection pendant la prime enfance. Cette phase du programme a marqué la première tentative jamais faite pour contrôler la transmission du virus, tant horizontale que verticale.

En février 1988, le Cabinet de la Nouvelle-Zélande, agissant selon des recommandations du ministère de la Santé, a approuvé l'expansion du programme d'immunisation à tous les nouveau-nés. L'immunisation gratuite a également été rendue accessible aux proches des femmes identifiées comme porteuses à partir de tests réalisés pendant leur grossesse. Un programme préscolaire de « rattrapage » pour tous les enfants de moins de cinq ans au 29 février 1988 a été institué au même moment. Ce groupe d'âge a été choisi en raison du risque d'infection supérieur résultant de la présence chronique du virus. L'expansion du programme à tous les nouveau-nés et bébés a suivi la disponibilité de données indiquant que le vaccin était efficace à une faible dose, réduisant ainsi les coûts du vaccin.

En décembre 1989, le vaccin original tiré du plasma a été remplacé par le nouveau vaccin dérivé de la levure, produit grâce à la technologie de l'ADN recombinant, et le coût du vaccin a diminué considérablement. Le gouvernement a pu envisager l'expansion du programme qui a visé pour la première fois les enfants d'âge scolaire.

Le programme d'immunisation de la Nouvelle-Zélande a été révisé en février 1990. Le programme actuel consiste maintenant en les éléments suivants. L'immunisation gratuite contre l'hépatite B est accessible pour tous les enfants de moins de 16 ans, auprès des omnipraticiens. L'immunisation gratuite est accessible pour tous les contacts domestiques et familiaux vulnérables et les partenaires sexuels des personnes identifiées comme portant le virus. Il y a également un programme d'examen prénatal et en plus du vaccin, de la globuline immune est disponible pour les bébés de mères porteuses.

L'approche du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande vis-à-vis les groupes professionnels est que la responsabilité de la sécurité et de la protection des employés en milieu de travail est celle des employeurs. D'autres groupes présentant des risques de contracter l'hépatite B, notamment les enfants intellectuellement handicapés, les utilisateurs de drogues par intraveineuse, les hommes homosexuellement actifs, les hémophiles et les prisonniers, ont été placés sous la responsabilité des omnipraticiens. Dans certains cas, des programmes ont été mis au point pour ces groupes, habituellement par l'organisation chargée de leurs soins. Le ministère reconnaît qu'il est probable que la plupart de ces groupes seront mal servis, et ce pour une variété de raisons.

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a dû régler un certain nombre de problèmes délicats associés à l'hépatite B. Parmi ceux-ci, mentionnons la nécessité de viser en particulier des groupes de Maoris et de l'Île du Pacifique qui présentaient une endémicité élevée du virus, et le débat sur la nécessité d'un essai de prévacccination auprès de groupes et de personnes. Il se peut que le Canada aient à affronter des problèmes délicats semblables, étant donné l'endémicité élevée dans certaines populations autochtones et le fait que de nombreux immigrants au Canada proviennent de régions où l'incidence de la maladie est élevée.

LE PROGRAMME DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE

Plusieurs témoins ont cité en exemple le programme de vaccination contre l'hépatite B de la Nouvelle-Zélande que le Canada pourrait imiter pour lutter contre la menace de propagation de l'infection par l'hépatite B dans ce pays.

En Nouvelle-Zélande, le programme d'immunisation a visé principalement la protection des enfants contre l'infection en raison du risque relativement élevé qu'ils deviennent toute la vie porteurs du virus de l'hépatite B. Ces porteurs sont la principale source d'infection des autres et ils présentent également le risque de développer une maladie de foie chronique plus tard dans la vie.

Des études épidémiologiques sur l'hépatite B en Nouvelle-Zélande ont été réalisées dans les années 80. Parmi les constatations, mentionnons les suivantes : les taux de porteurs parmi les Néo-Zélandais d'origine européenne étaient inférieurs à 1 p. 100, et le risque d'infection de ce groupe au cours de la vie était inférieur à 10 p. 100. Chez les citoyens des îles du Pacifique et les Maoris, les taux de porteurs se situaient toutefois entre 5 et 10 p. 100 et le risque d'infection au cours de la vie pouvait dépasser 50 p. 100. La Nouvelle-Zélande entre dans la catégorie de l'«endémicité intermédiaire», selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le Canada ressemble un peu à la Nouvelle-Zélande quant à sa population générale en grande partie d'origine européenne présentant une faible endémicité d'hépatite B, et certaines collectivités, par exemple les autochtones et les immigrants de l'Asie et de l'Afrique équatoriale, présentant une endémicité élevée. L'Australie et les États-Unis présentent des modèles d'endémicité comparables dans leurs populations.

En Nouvelle-Zélande, on croit que la transmission du virus de la mère à l'enfant au moment de la naissance contribuait à environ 20 à 30 p. 100 du bassin des porteurs (transmission verticale) du virus de l'hépatite B. Le reste résulte principalement de la propagation du virus entre jeunes enfants en milieu scolaire (transmission horizontale). Ce dernier mode de transmission est courant dans l'île du Nord de la Nouvelle-Zélande. Le climat y est plus chaud que dans l'île du Sud, et les enfants portent des vêtements plus légers. Ils sont ainsi plus sujets aux coupures et aux égratignures en jouant, et la possibilité de transmission sanguine est accrue.

Le programme d'immunisation contre l'hépatite B de la Nouvelle-Zélande a été basé sur des recommandations faites par le *Communicable Disease Control Advisory Committee*, un organisme équivalent à peu près au Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) du Canada. En 1985, le ministre de la Santé de la Nouvelle-Zélande a établi comme premier objectif le groupe présentant le risque le plus élevé, soit les bébés de mères porteuses très infectieuses, un groupe d'environ 300 bébés par année.

En 1986, des fonds supplémentaires ont été affectés pour élargir le programme afin qu'il vise les nouveau-nés de toutes les mères porteuses, soit environ 1 500 enfants par année. En 1987, le programme a encore été élargi pour inclure tous les nouveau-nés de sept districts de la santé sur

des cas. De nombreuses autres infections virales sont également associées à la maladie, comme dans le cas d'un certain nombre d'infections bactériennes. Certains patients qui ont eu des réactions allergiques à divers agents, des accidents d'automobile, ou qui ont vécu des événements stressants, ont eu tendance à développer le SFC.

De façon caractéristique, la maladie peut se poursuivre pendant une période d'environ deux ans. Pendant ce temps, le patient s'améliore habituellement lentement et, bien qu'il puisse ne pas guérir complètement, le patient est généralement beaucoup mieux. La maladie ne semble pas raccourcir l'espérance de vie et elle ne semble pas endommager d'organes majeurs. Certaines données indiquent que certains patients peuvent faire une rechute.

Plusieurs points importants ont été soulevés par rapport à cette question lors de nos audiences. Le premier, c'est que le vaccin contre l'hépatite B actuellement en usage est une protéine très purifiée produite grâce à la technologie de l'ADN recombinant. Le vaccin est considéré comme étant entièrement sûr par les fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada ainsi que par tous les médecins qui sont venus témoigner devant le Sous-comité.

Un deuxième point, c'est que l'information actuellement disponible suggère que le SFC peut être associé à un système immunitaire quelque peu anormal, selon le docteur Salit, un système immunitaire qui est «un peu détaché»²⁵. On a suggéré que cela pourrait se produire lorsque le système immunitaire a été mis à l'épreuve par l'un de certains agents infectieux ou d'agents ayant des propriétés antigènes. Le SFC pourrait également se déclencher dans une situation de stress important, par exemple un accident d'automobile ou un divorce.

Le Sous-comité n'a pas obtenu ni entendu parler d'une preuve démontrant une relation de cause à effet entre le SFC et l'immunisation contre l'hépatite B. L'observation qu'environ 20 p. 100 des patients souffrant du SFC puissent travailler dans le domaine de la santé, accompagnée du fait qu'environ 50 p. 100 de ces personnes peuvent avoir été immunisées contre l'hépatite B, suggère qu'une association entre la maladie et le vaccin est, selon la preuve disponible, entièrement fortuite.

Aucune relation de cause à effet n'ayant été démontrée entre le vaccin contre l'hépatite B et le SFC, le Sous-comité croit que les personnes suggérant cette relation sont irresponsables et causent éventuellement beaucoup de dommages aux efforts médicaux visant à contrôler la propagation de l'hépatite B au pays grâce à des programmes d'immunisation.

Le docteur J. Z. Losos, directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada a informé le Sous-comité que des études et des programmes de surveillance ont été établis entre le Laboratoire et ses collaborateurs afin de déterminer s'il existe une association entre le vaccin contre l'hépatite B et le SFC²⁶. Le Sous-comité est d'accord avec cette initiative et en fait l'éloge. La question ayant été soulevée et ayant obtenu assez de publicité pour déclencher une enquête dans le public, il faut pour l'étudier s'appuyer sur des preuves et non sur des hypothèses.

25 Procès-verbaux, fascicule n° 4, p. 9.
26 Procès-verbaux, fascicule n° 1, p. 28.

concernant un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés et un programme de «rattrapage», et des programmes d'information et d'éducation, visent tous les Canadiens de façon égale, où qu'ils vivent et quelle que soit leur origine raciale ou ethnique.

LE SYNDROME DE LA FATIGUE CHRONIQUE

La question de la relation possible entre le syndrome de la fatigue chronique et le vaccin contre l'hépatite B a été soulevée au cours des audiences du Sous-comité à cause de la publication d'un certain nombre d'articles dans les journaux laissant entendre que l'immunisation des personnes avec le vaccin contre l'hépatite B avait conduit dans un certain nombre de cas, au développement du syndrome de la fatigue chronique. La source de ces prétentions est la *Nightingale Research Foundation*, d'Ottawa, un organisme de charité enregistré qui s'intéresse à cette maladie.

Le syndrome de la fatigue chronique, ou SFC, est une maladie compliquée et grave dont les causes ne sont pas connues avec précision. Bien que la maladie ait été qualifiée de «malaise des années 80» et qu'elle soit également connue, plutôt dérisoirement, comme «la grippe des Yuppies», l'affection est reconnue depuis très longtemps sous diverses appellations, notamment syndrome de la fatigue postvirale, neurasthénie postinfectieuse, encéphalomyélite myalgique, maladie d'Islande, et *Royal Free Disease*.

Le docteur Irving Sallit, de l'Université de Toronto et de l'hôpital de Toronto, ainsi qu'un certain nombre d'autres médecins ont témoigné devant le Sous-comité. (Bien qu'invité par le Sous-comité, le président de la *Nightingale Research Foundation*, le docteur Byron Hyde, n'a pu venir témoigner.) La recherche clinique du docteur Sallit se fonde sur une expérience auprès de plus de 600 patients²⁴.

Le syndrome de la fatigue chronique commence souvent comme une maladie ressemblant à une grippe, accompagnée de symptômes typiques de mal de gorge, de fatigue et, d'inflammation des ganglions lymphatiques. Là où le SFC diffère de la grippe, c'est que les symptômes ne s'en vont pas. Le principal symptôme est une fatigue incapacitante qui rend de nombreux patients incapables de travailler et, dans des cas très graves, incapables même de sortir du lit pour exercer les activités régulières de la vie.

En général, le SFC est une maladie des adultes, se déclarant le plus couramment entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant le début de la trentaine. Le docteur Sallit a constaté que les deux tiers des patients sont célibataires, les deux tiers sont des femmes, nombre de patients ont un statut socio-économique supérieur, et environ 20 p. 100 des patients appartiennent à une profession de la santé.

Les patients souffrant du SFC présentent de nombreux symptômes en plus d'une fatigue débilitante, notamment une fièvre légère, une inflammation des ganglions lymphatiques, une faiblesse musculaire, une douleur musculaire (myalgie), des maux de tête, de la souffrance dans les jointures (arthralgie), des troubles du sommeil et des problèmes neuropsychologiques. La dépression est également un symptôme courant associé au SFC.

Tel qu'indiqué plus haut, les causes du SFC avancées ne le sont qu'à titre d'hypothèses. L'étiologie semble comprendre un «événement déclencheur» un facteur précurseur qui déclenche le développement du SFC. L'infection par le virus d'Epstein-Barr se produit dans environ la moitié

être considérée comme une condition d'emploi dans le secteur des soins de santé, au même titre que les exigences de scolarité et de formation. L'adoption de cette politique protégera, et les patients et les travailleurs de la santé.

RECOMMANDATION N° 10

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé et Bien-être social Canada, prenne l'initiative d'engager des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations de professionnels de la santé, afin d'élaborer et d'appliquer une politique nationale sur le dépistage obligatoire de l'hépatite B chez les professionnels de la santé, et sur la vaccination obligatoire des professionnels de la santé contre l'hépatite B.

L'HÉPATITE B ET LES POPULATIONS AUTOCHTONES

Plusieurs témoins ont mentionné le fait que certaines populations autochtones du Nord du Canada présentent un degré d'endémicité de l'hépatite B beaucoup plus élevé que la moyenne canadienne. Santé et Bien-être social Canada a présenté des données à cet effet provenant principalement d'études de groupes des Territoires du Nord-Ouest et du Nord du Labrador. Les études concernaient la prévalence de marqueurs sérologiques du VHB dans les populations, c'est-à-dire la présence dans le sang d'échantillons de l'antigène de surface de l'hépatite B (HbsAg) ou de l'anticorps visant l'antigène de surface (anti-HBs). Un test positif de l'antigène de surface indique que la personne est infectée par le virus et qu'elle est porteuse; la présence de l'anticorps (anti-HBs) indique que la personne a contracté une hépatite B mais qu'elle n'est plus infectée.

Les populations inuit et dene étudiées présentaient une prévalence des deux marqueurs sérologiques considérablement supérieure à celle des non-autochtones (surtout des Caucasiens). Dans l'étude sur les Territoires du Nord-Ouest, la population caucasienne présentait un taux de séroprévalence de 0,3 p. 100 pour le HbsAg et de 8,5 p. 100 pour l'anti-HBs. Pour la population inuit étudiée, le taux du HbsAg était de 3,9 p. 100 et celui de l'anti-HBs de 24,5 p. 100. Des résultats comparables, mais non identiques, ont été obtenus dans l'étude sur le Nord du Labrador.

Ces taux de séroprévalence chez les populations autochtones étudiées indiquent que le virus de l'hépatite B est probablement endémique dans ces groupes. Le Sous-comité n'a pas obtenu de preuve sur l'épidémiologie de l'hépatite B dans ces populations. Toutefois, les taux de séroprévalence sont quelque peu semblables à ceux observés dans certaines régions d'Asie qui présentent une endémicité intermédiaire ou élevée du VHB. Le docteur Laurence Blendis, représentant de l'Association canadienne du foie, a indiqué au Sous-comité que le virus de l'hépatite B s'est établi parmi les groupes autochtones de ces collectivités «il y a des milliers d'années avec l'immigration (par les régions polaires) de populations du Sud-Est asiatique»²³.

Quelle que soit la source de l'incidence élevée des marqueurs sérologiques chez ces groupes particuliers, ou d'autres groupes d'autochtones, il est clair qu'il s'agit d'un secteur de préoccupation importante. Le Sous-comité ne fait aucune recommandation précise pour les collectivités autochtones. Toutes les recommandations du présent rapport, y compris celles

D^r Yabsley a appris qu'il avait été infecté par le virus de l'hépatite B, probablement par un patient. L'infection a été détectée à la suite d'un examen fait par la Croix-Rouge après que le D^r Yabsley eut donné du sang.

En plus de contracter l'hépatite B, le D^r Yabsley est devenu un porteur du virus, ce qui signifie qu'il sera continuellement contagieux, probablement pour le restant de ses jours. Il a continué à pratiquer la chirurgie tout en prenant des précautions pour éviter de transmettre le virus à ses patients. En dépit de ces précautions, deux patients ont contracté une hépatite B, vraisemblablement transmise par le D^r Yabsley. Le médecin a opéré pour la dernière fois le 31 juillet 1991, puis a renoncé volontairement à ses privilèges de chirurgie à l'hôpital²².

L'affaire Yabsley soulève des questions importantes pour le système de soins de santé canadien. L'état de santé des professionnels de la santé est un élément très important, surtout lorsqu'une maladie infectieuse est en cause. Le Sous-comité soulève deux questions importantes dans ce contexte. Toutes deux se rapportent à l'hépatite B, qui est le thème du présent rapport, mais elles s'appliquent nettement à d'autres infections graves.

Premièrement, les professionnels de la santé, et plus particulièrement les chirurgiens, les dentistes et les chirurgiens dentaires, devraient-ils être tenus de se soumettre à un examen de dépistage des maladies infectieuses graves, notamment l'hépatite B, les autres formes d'hépatite infectieuse et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?

Deuxièmement, lorsqu'un vaccin efficace existe, comme c'est le cas pour l'hépatite B, les professionnels de la santé devraient-ils tous être obligés par la loi de se faire vacciner?

Chacun de ces points relève de la compétence des provinces, tout comme la prestation des services de santé en général. Le Sous-comité pense toutefois que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle à l'égard de ces deux éléments. Bien que les questions de santé relèvent des provinces, nous croyons que l'établissement de normes nationales de santé rigoureuses est une idée louable qui devrait être un but réalisable au Canada. Le gouvernement fédéral pourrait montrer la voie dans ce domaine et aider les provinces à établir et à mettre en application des lignes directrices communes dans les deux cas.

Pour ce qui est de l'examen obligatoire des travailleurs de la santé pour dépister certaines maladies infectieuses comme l'hépatite B, le Sous-comité est d'avis que ces dépistages devraient être effectués chaque fois qu'existe une menace visible pour le bien-être des malades. Nous sommes conscients que, dans un cas comme celui du D^r Yabsley, un résultat positif peut signifier la fin d'une carrière. En pareil cas, la question de l'indemnisation de la personne touchée peut légitimement être soulevée et elle devrait être traitée équitablement. Notre première préoccupation est toutefois le bien-être du malade.

Quant à la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé contre l'hépatite B, le Sous-comité pense qu'elle devrait être instituée dans l'intérêt du public en général. Lorsque les premiers vaccins contre l'hépatite B sont apparus, les travailleurs de la santé ont été désignés comme groupe cible en raison des risques sanitaires évidents qu'ils courent dans l'exercice de leur travail. Jusqu'à maintenant, l'immunisation a été offerte aux professionnels de la santé à titre optionnel. Le programme n'a pas réussi à freiner la progression de l'hépatite B au Canada, non plus que les travailleurs de la santé ont tous accepté de se faire vacciner.

Dans le cas du D^r Yabsley, le fait d'avoir négligé de se faire vacciner contre le virus a entraîné l'interruption prématurée de sa carrière et la perte pour le système de santé canadien d'un chirurgien hautement qualifié. De l'avis du Sous-comité, l'immunisation contre l'hépatite B devrait

RECOMMANDATION N° 6

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore un programme pour tenir compte de la possibilité que l'hépatite B se propage au Canada par les immigrants de régions du monde où la maladie est endémique et où l'incidence dans la population est intermédiaire ou élevée. Ce programme pourrait comprendre l'immunisation universelle de tous les immigrants au Canada, avant leur arrivée au pays, ou un programme d'immunisation sélective s'appliquant uniquement aux immigrants de régions où l'endécimie est intermédiaire et élevée.

RECOMMANDATION N° 7

Comme alternative à la recommandation n° 6, le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral étudie et évalue la nécessité et l'efficacité potentielle d'un programme de dépistage de l'hépatite B chez les immigrants au Canada. Le Sous-comité recommande, en outre, lorsque l'examen de dépistage révèle un résultat positif, que tous les membres de la famille non infectés et à risque soient obligatoirement vaccinés contre l'hépatite B, avant leur arrivée au pays.

L'INCIDENCE ET LE SIGNALLEMENT DE L'HÉPATITE B AU CANADA

Nous avons fait observer plus haut qu'il existe une préoccupation concernant l'efficacité et l'état complet du signalement de l'hépatite B au Canada, et concernant également l'incidence réelle de l'hépatite B au Canada. Les témoignages que nous avons entendus laissent supposer que le signalement de la maladie n'est pas complet, bien que l'hépatite B soit une maladie à déclaration obligatoire depuis 1969.

De même, l'incidence de l'hépatite B dans ce pays peut être au moins d'une ampleur supérieure à celle qu'indiquent les statistiques publiées. Même si nous acceptons le témoignage du docteur Losos à l'effet que toutes les maladies soient couramment sous-signalées, nous croyons qu'un signalement plus précis est souhaitable et qu'une meilleure connaissance de l'incidence de la maladie serait utile.

RECOMMANDATION N° 8

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine l'efficacité du programme exigeant que tous les cas d'hépatite B diagnostiqués au Canada soient signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie, afin de s'assurer que le signalement de cette maladie soit aussi complet que possible.

RECOMMANDATION N° 9

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine la nécessité d'une étude épidémiologique approfondie de l'hépatite B au Canada et, s'il y a lieu, convoie et mette en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires, une étude épidémiologique visant à déterminer l'incidence de l'hépatite B au pays.

L'HÉPATITE B ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

La question de l'hépatite B chez les travailleurs de la santé a été mise en relief ces derniers mois, en raison des événements survenus à l'hôpital général Victoria de Halifax et mettant en cause le Dr Reginald Yabsley, chirurgien orthopédique en chef de l'hôpital. À l'automne de 1986, le

maladies qui pourraient être traitées par la mise en quarantaine d'une personne jusqu'à ce qu'elle ne soit plus malade. Cette loi ne s'applique pas vraiment à l'hépatite B à cause du pourcentage considérable de personnes, particulièrement des enfants, qui deviennent des porteurs chroniques du virus. La loi elle-même est considérée comme étant plutôt désuète dans l'ère moderne des déplacements aériens transcontinentaux.

La Loi sur l'immigration donne au gouvernement fédéral le pouvoir de régir l'entrée des immigrants et des visiteurs au Canada. L'article 19(1a) de la loi lui accorde le pouvoir de refuser l'entrée d'une personne qui souffre d'une maladie (ou d'une autre forme de problème de santé) si cette personne est «susceptible de présenter un danger pour la santé publique ou la sécurité publique» ou qui pourrait raisonnablement «imposer des demandes excessives aux services de santé ou aux services sociaux».

Bien que l'existence d'une maladie soit relativement facile à prouver ou à réfuter, les questions de santé publique et de sécurité, ainsi que l'évaluation des demandes faites aux services de santé ou aux services sociaux, sont des questions nécessitant l'avis éclairé d'au moins deux médecins. Ainsi, il y a un aspect de jugement.

L'article 11 de la loi exige que chaque immigrant éventuel (et les visiteurs d'une catégorie prescrite) subisse un examen médical. Pour des raisons pratiques, ces examens sont presque toujours effectués dans le pays d'origine de l'immigrant. Du moins en théorie, les personnes ayant une maladie contagieuse se voient refuser l'entrée au Canada. Parmi ces maladies, mentionnons la tuberculose active, la syphilis, certains cas de lèpre active et la typhoïde active. Toutefois, pour les maladies qui peuvent être traitées, l'exclusion n'est pas nécessairement permanente : une fois que la maladie a été traitée avec succès, l'entrée de la personne au Canada pourrait être reconsidérée.

Pour l'hépatite B, les personnes qui ne présentent pas de symptômes d'hépatite B aiguë ne sont généralement pas éliminées à des fins d'immigration parce que la vérification régulière de la maladie, ou de la présence du virus, n'est pas effectuée. Si la personne provient d'un pays où l'endémicité du VHB est élevée, des tests de fonctionnement du foie pourraient être exigés, et une personne ayant une maladie du foie pourrait être éliminée sur la base d'une préoccupation concernant les coûts possibles de futurs soins médicaux.

Il y a apparemment beaucoup moins d'inquiétude concernant le statut du porteur du VHB d'un immigrant éventuel. Les porteurs du VHB qui n'ont pas de dommage au foie démontrable ou d'autres symptômes de la maladie ne sont pas considérés comme un problème en termes de coûts futurs probables pour les services de santé canadiens. Chez les autorités de l'immigration, on ne semble pas se préoccuper outre mesure qu'un porteur du VHB puisse propager la maladie après son arrivée au Canada.

De même, rien n'exige que les immigrants au Canada soient immunisés contre quelque maladie infectieuse que ce soit. Les autorités provinciales peuvent toutefois conseiller qu'une fois au Canada les enfants qui fréquentent l'école soient vaccinés contre certaines maladies. La vaccination n'est cependant pas obligatoire.

Le Sous-comité s'inquiète de ces aspects de l'immigration, particulièrement en ce qui concerne l'hépatite B. Même si nous ne souhaitons pas que des immigrants éventuels se voient refuser leur entrée au Canada parce qu'ils souffrent d'une hépatite B, ou parce qu'ils ont eu la maladie, nous croyons que des mesures positives devraient être prises par le gouvernement fédéral pour réduire les risques pour la santé des familles de ces personnes et des Canadiens en général.

Un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés et de «rattrapage» brisera efficacement la chaîne de la transmission de la maladie, mais les personnes et groupes non visés par ce programme devront toujours prendre les précautions appropriées dans l'exercice de leurs activités, qu'elles soient professionnelles ou sociales. Une information largement disponible sur l'hépatite B et ses modes de transmission aidera à réduire sa propagation au Canada.

RECOMMANDATION N° 5

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, Santé et Bien-être social Canada élabore et mette en oeuvre des programmes d'information et d'éducation visant à lutter contre l'hépatite B, à prévenir la propagation de cette maladie au Canada. Ces programmes devraient s'adresser au grand public canadien en général et aux groupes et collectivités à risque élevé identifiés.

L'IMMIGRATION ET L'HÉPATITE B

Le fait que l'hépatite B est beaucoup plus répandue dans d'autres régions du monde qu'au Canada est une question qui doit préoccuper les décideurs du pays. Le Canada est un pays de choix pour de nombreuses personnes, particulièrement en provenance des pays en développement, qui recherchent la possibilité d'une vie meilleure pour elles-mêmes et leurs familles.

Dans son témoignage, le docteur Laurence Blendis a indiqué que l'immigration de régions à endémicité du VHB élevée est un important moyen de propagation éventuelle de l'hépatite B au Canada.

«Nous assistons à une immense augmentation de l'incidence (de l'hépatite B au Canada). La question est celle-ci : pourquoi? ... le monde devient un village et nous (au Canada) ne sommes pas dans une colonie isolée. Nous recevons de nouveaux citoyens de partout dans le monde tout le temps, et ces citoyens proviennent de régions où l'hépatite B est très répandue... Je prédis qu'une raison pour laquelle le nombre (de cas d'hépatite B) continuera d'augmenter de façon aigüe est notre système d'immigration²⁰.»

En 1989, le Canada a reçu 190 342 immigrants. De ce total, la répartition par continent de dernière résidence permanente est la suivante : Asie, 48,3 p. 100; Europe, 27,2 p. 100; Amérique du Nord et Amérique centrale, 6,7 p. 100; Afrique, 6,4 p. 100; Antilles, 5,7 p. 100; et Amérique du sud, 4,6 p. 100 des 92 000 ou presque immigrants d'Asie, environ 45,5 p. 100 provenaient de Hong Kong, des Philippines, du Vietnam et du Cambodge, tous des pays où l'endémicité de l'hépatite B est élevée. L'Afrique sub-saharienne est cotée comme une région de haute endémicité et l'Afrique du Nord comme une région d'endémicité intermédiaire. La Guyane, le principal pays d'origine d'immigrants d'Amérique du Sud en 1989, présente également une endémicité élevée de l'hépatite B²¹.

Le gouvernement fédéral a la compétence unique pour traiter et approuver les visiteurs et immigrants au pays. Deux lois fédérales portent sur l'immigration et la maladie : la *Loi sur la quarantaine* et la *Loi sur l'immigration*. La *Loi sur la quarantaine* a été établie pour s'occuper de

²⁰ *Procès-verbaux*, fascicule n° 2, p. 9.

²¹ Emploi et Immigration Canada, *Rapport annuel*, 1989-1990, p. 45-47.

«Le ministère (de la Santé et du Bien-être social) aide les provinces à réunir les agents d'achat pour les provinces et, grâce à la stratégie du ministère des Approvisionnementnements et Services, elles négocient avec les entreprises le meilleur prix possible, en autant que le coût des vaccins est concerné.

Le coût de ces vaccins, les vaccins contre l'hépatite B, a été très élevé dès le début et c'est un aspect du facteur de complication de leur application sur une vaste échelle. Mais en fait, le ministère négocie des ententes d'achat en vrac avec les entreprises. Toutefois, les provinces achètent ensuite ce dont elles ont besoin et ce qu'elles veulent ainsi que le vaccin qui leur est nécessaire¹⁹».

La préoccupation du Sous-comité dans ce domaine est à deux volets. Premièrement, pour qu'un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B soit efficace, il est nécessaire que toutes les provinces et les deux territoires y participent. Pour que cela se produise, le vaccin doit être offert à un prix acceptable. Deuxièmement, selon nous, les négociations sur le prix du vaccin devraient se dérouler en se référant clairement aux prix payés pour des vaccins d'une qualité et d'une pureté acceptables dans des pays comme la Nouvelle-Zélande.

Même si nous convenons que les entreprises devraient recevoir un juste rendement pour un produit de grande qualité, nous voulons nous assurer que les Canadiens n'ont pas à payer un prix excessif pour ce vaccin en raison de lacunes dans le processus de négociation du prix. L'expérience des autorités néo-zélandaises dans la négociation d'un bas prix pour le vaccin est très encourageante pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'immunisation au Canada.

RECOMMANDATION N° 4

Le Comité recommande que par l'entremise des ministères de la Santé et du Bien-être social et des Approvisionnementnements et Services, le gouvernement fédéral entreprenne une étude sur l'établissement du prix du vaccin contre l'hépatite B : premièrement, afin de déterminer pourquoi les prix de vaccins identiques varient considérablement selon les pays; deuxièmement, afin de s'assurer que les négociations sur le prix avec le(s) fabricant(s) de vaccins se déroulent avec une connaissance complète des prix payés dans d'autres secteurs de compétence; et troisièmement, afin de s'assurer que le vaccin fourni au Canada sera disponible au meilleur prix possible sur le marché mondial.

INFORMATION ET ÉDUCATION

Des programmes d'information et d'éducation efficaces sont essentiels dans la lutte contre toute maladie. Le virus de l'hépatite B est un agent pathogène robuste et très infectieux, mais, essentiellement, il se confine aux liquides organiques et il ne se propage pas par l'air à la manière des rhumes et des gripes. Par conséquent, avec une information adéquate, la propagation de l'hépatite B peut être réduite grâce à l'adoption de précautions raisonnables. Les divers groupes et activités à risque élevé ont été mentionnés ci-dessus. Si l'on prend des précautions dans les professions à risque élevé, dans les activités sexuelles, et même dans la consommation de drogues (par exemple, ne pas partager les aiguilles et les seringues), la transmission du VHB peut être atténuée et même éliminée.

l'hépatite B, une information du ministère de la Santé à Wellington nous apprend que le coût par administration de trois doses de vaccin recombinant acheté en vrac par le ministère est de moins de 10 \$ NZ. (Au taux de change actuel, cela représenterait moins de 7 \$ canadiens.) Cette différence de prix soumis à un facteur de 10 est très difficile à comprendre. Dans son témoignage, M. Evans a affirmé que le prix du vaccin est «sensible à la quantité», c'est-à-dire que plus la quantité achetée est élevée, plus le prix unitaire baisse¹⁴.

Un facteur important du prix du vaccin est le fait que le brevet de la séquence génétique virale utilisée pour produire le vaccin dans la levure est détenu par une seule entreprise, Biogen Corporation, de Cambridge, au Massachusetts¹⁵. Il n'existe aucune marque «générique» de vaccin contre l'hépatite B et, étant donné le fait que la technologie de production est extrêmement avancée, il se peut qu'il n'y en ait jamais. De même, le contrôle de la qualité du vaccin est apparemment un aspect du procédé de production qui coûte cher, et ce coût ne diminuera probablement pas considérablement dans le futur.

Deux entreprises pharmaceutiques multinationales ont reçu un avis d'observation (c'est-à-dire l'approbation gouvernementale) pour le vaccin contre l'hépatite B au Canada : SmithKline Beecham Biochemicals et Merck, Sharp and Dohme. Aucune des entreprises ne produit le vaccin au Canada. Le docteur A.J. Liston, sous-ministre adjoint de la Direction générale de la protection de la santé et Bien-être social Canada, a affirmé que les deux entreprises mettent leur vaccin en marché à l'échelle mondiale¹⁶. Ce fait rend la différence de prix entre le Canada et la Nouvelle-Zélande très difficile à comprendre.

M. Evans et plusieurs autres témoins ont affirmé que le prix du vaccin est fonction à la fois de la quantité achetée et des négociations entre le fabricant et l'acheteur¹⁷. Au Canada, les gouvernements provinciaux doivent prendre la décision concernant des programmes d'immunisation particuliers dans leur secteur de compétence, bien que le gouvernement fédéral puisse offrir des conseils ainsi que des données sur lesquels fonder les décisions.

Dans leur étude des programmes d'immunisation contre l'hépatite B, Krahn et Detsky affirment également que le prix du vaccin est fonction de la quantité achetée :

«Les perspectives d'une réduction progressive du prix... sont bonnes. Comme pour de nombreux produits pharmaceutiques, les coûts de développement du vaccin contre l'hépatite B sont élevés par rapport aux coûts de production. Les politiques d'établissement des prix sont par conséquent au moins partiellement déterminées par la quantité. Des négociations entre les décideurs au Canada et les fabricants de produits pharmaceutiques ont tourné autour de cette question : les décideurs ont demandé des prix réduits des vaccins sans garantir que des politiques en assureront l'utilisation répandue. Les fabricants ont continué d'insister pour dire que des prix plus bas dépendent d'un volume de ventes supérieur¹⁸ ».

Le gouvernement fédéral peut participer et participer à l'achat en vrac de vaccins afin d'obtenir le prix le plus bas possible pour les provinces participantes. Le docteur Losos a apporté un commentaire sur ce point, en parlant précisément du vaccin contre l'hépatite B :

-
- | | |
|----|--|
| 14 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 3, p. 12. |
| 15 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 3, p. 10. |
| 16 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 1, p. 29. |
| 17 | <i>Procès-verbaux</i> , fascicule n° 3, p. 17. |
| 18 | Krahn et Detsky (1990), p. 7. |

test est positif, le bébé devrait recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B et le vaccin anti-hépatite B, conformément aux recommandations du Guide canadien d'immunisation.

LE COÛT DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Le coût du vaccin contre l'hépatite B est un facteur important dans la considération d'un programme d'immunisation qui pourrait être adopté au Canada. À l'heure actuelle, seulement certains groupes à risque élevé sont visés quant à l'immunisation mais, même dans le cas de cette utilisation relativement restreinte, le coût est un facteur qui peut, en fait, décourager l'immunisation dans certains cas. Un certain nombre d'aspects relatifs au coût du vaccin sont abordés ci-après.

M. Frank Evans, expert-conseil de plusieurs entreprises pharmaceutiques, a déclaré dans son témoignage que les vaccins efficaces contre le VHB sont arrivés sur le marché pour la première fois en 1982¹². Le premier vaccin proposé était tiré de plasma de sang humain contenant un antigène de surface viral (HbsAg) recueilli auprès de personnes qui étaient porteuses du virus. Bien que ces vaccins se soient avérés entièrement sûrs dans la pratique, lorsque le virus du SIDA a été identifié en 1985, il s'est manifesté une certaine inquiétude dans le public parce que les mêmes populations qui avaient des infections par l'hépatite B, après desquelles le plasma était recueilli, présentaient également une incidence relativement élevée d'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), virus qu'on croit être la cause du SIDA.

En 1987, des approvisionnements commerciaux d'un nouveau vaccin contre l'hépatite B sont devenus disponibles, et celui-ci était produit à l'aide de la technologie de l'ADN recombinant. Des souches de levure génétiquement modifiées étaient utilisées pour produire l'antigène de surface du VHB (HbsAg) qui était ensuite purifié et incorporé dans un vaccin. Grâce à cette méthode, il n'y avait aucune possibilité de contamination virale. Ces vaccins se sont avérés entièrement sûrs et très efficaces contre le virus de l'hépatite B. Les vaccins tirés de plasma ne sont plus disponibles au Canada.

Selon le témoignage de M. Evans, le prix du vaccin était de 155 \$ la dose en 1987 et ce prix a chuté à 90 \$ lorsque le nouveau vaccin recombinant est arrivé sur le marché¹³. Au Canada, le prix le plus bas du vaccin est d'environ 23,89 \$ la dose. De façon caractéristique, une administration du vaccin consiste en trois doses de vaccin, administrées à des intervalles réguliers. Ainsi, l'immunisation contre l'hépatite B coûte actuellement 72 \$ environ lorsque le vaccin est acheté en gros au prix le plus bas actuellement.

Certains groupes à risque peuvent, selon les programmes provinciaux existants, obtenir le vaccin gratuitement dans un service de santé publique. Cependant, pour bon nombre et probablement la majorité des Canadiens, le prix demandé sera sensiblement plus élevé que le prix le plus bas établi actuellement pour des achats en gros. Par exemple, en Colombie-Britannique, on peut se procurer le vaccin chez un pharmacien et se le faire administrer par son médecin de famille sans frais, aux termes du régime provincial d'assurance-maladie. Un bref sondage sur les prix demandés dans les pharmacies de Vancouver indique que les prix varient entre 102,49 \$ et 132 \$ pour trois doses de vaccin.

Le Sous-comité dispose de preuves indiquant que le coût du vaccin contre l'hépatite B est considérablement moins élevé dans certains autres pays comparativement au Canada. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, qui a un programme d'immunisation universelle contre

12 *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, p. 7.
13 *Procès-verbaux*, fascicule n° 3, p. 11.

de rattrapage devrait être adopté afin d'immuniser les enfants de 10 ans. Le programme pourrait durer dix ans, période à la fin de laquelle le programme visant les nouveau-nés aura atteint ce groupe d'âge. Ce programme d'immunisation devait recevoir le même niveau de financement que le programme décrit ci-dessus pour les nouveau-nés.

RECOMMANDATION N° 2

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, élabore un programme de «rattrapage» visant l'immunisation des enfants en 10 ans, le but étant d'immuniser les enfants avant leur entrée à l'école secondaire. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation de rattrapage et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

Dans le cas où un enfant naît d'une mère infectée, il est nécessaire d'immuniser l'enfant immédiatement et d'administrer également de la globuline immune contre l'hépatite B dont le titre d'anticorps contre le VHB est élevé. Le Sous-comité a appris que certains secteurs de compétence au Canada effectuent régulièrement des tests de l'hépatite B chez les femmes enceintes afin que leur bébé puisse être vacciné à la naissance.

Murray Krahn et Allan S. Detsky, dans leur document sur la rentabilité de la vaccination contre l'hépatite B, affirment qu'on estime à 70 p. 100 le nombre de femmes canadiennes examinées à l'heure actuelle (1989) et que l'Alberta examine toutes les patientes prénatales par l'entremise du système de la banque de sang¹⁰. Ailleurs au Canada, l'examen relève de l'initiative de chaque médecin. Le docteur Noni MacDonald, ayant comparu devant le Sous-comité au nom de la Société pédiatrique canadienne, a indiqué que l'estimation de 70 p. 100 est beaucoup trop élevée.

Le Sous-comité croit que l'examen des femmes enceintes quant à l'hépatite B devrait être une procédure standard dans tout le Canada. Le fondement de notre préoccupation est que si un enfant est infecté à la naissance, il a environ 90 p. 100 de chances de devenir porteur chronique. Ici, le problème est à deux volets : le porteur chronique peut transmettre le virus à d'autres personnes, et il présentera un risque accru de dommages au foie plus tard dans la vie, y compris un risque accru de cancer du foie.

Le Guide canadien d'immunisation, troisième édition (1989), recommande que les nouveau-nés dont la mère est porteuse doivent recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B immédiatement après la naissance et une série de trois doses pour nourrissons du vaccin anti-hépatite B, la première étant injectée dans les sept jours qui suivent la naissance et les deux autres un mois et six mois après la première¹¹.

RECOMMANDATION N° 3

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires, un programme de dépistage systématique de l'infection par l'hépatite B chez les femmes enceintes. Lorsque le

10 Krahn, Murray et Detsky, Allan S. «Universal Vaccination Against Hepatitis B in Canada: A Cost-Effectiveness Analysis» (inédit), 3 octobre 1990, p. 15.

11 Santé et Bien-être social Canada, *Guide canadien d'immunisation*, troisième édition — 1989, ministre des Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1989F, p. 63.

En partie d'après l'expérience de la Nouvelle-Zélande (voir l'annexe A), le Sous-comité croit qu'un programme de «rattrapage» est nécessaire pour protéger ce groupe d'enfants. Nous croyons qu'en même temps qu'un programme universel visant les nouveau-nés, un programme

Un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés protégera la nouvelle génération des Canadiens contre l'hépatite B, mais il y a une génération d'enfants qui ne profitera pas de ce programme. Un témoignage présenté au Sous-comité nous a permis d'apprendre que lorsque les enfants s'approchent de l'adolescence, ils présentent un risque supérieur de contracter des maladies transmises sexuellement (MTS) au moment où ils deviennent actifs sur le plan sexuel. Il est par conséquent important d'élargir le programme d'immunisation contre l'hépatite B afin de viser ces enfants avant leur entrée à l'école secondaire.

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral élabore et mette en oeuvre un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B à l'intention des nouveau-nés. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION N° 1

Nous pensons également que, pour rendre le programme véritablement universel, le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative non seulement d'élaborer des directives, mais aussi d'accorder des fonds aux provinces et aux territoires. Dans le cas des dix provinces et des Territoires du Nord-Ouest, ces fonds devraient couvrir au moins 50 p. 100 des coûts du programme. Pour ce qui est du Yukon, le gouvernement fédéral devrait subventionner 100 p. 100 des coûts du programme d'immunisation contre l'hépatite B, en accord avec les modalités de financement établies avec le Yukon pour d'autres programmes d'immunisation. Nous faisons la recommandation qui suit.

Plusieurs témoins ont affirmé devant le Sous-comité qu'il était souhaitable d'adopter un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B. Bien que le Sous-comité ne croit pas que l'hépatite B pose un problème de santé majeur au Canada en général à l'heure actuelle, sauf dans certains groupes et collectivités, nous sommes convaincus qu'il existe une possibilité que cette maladie devienne un problème majeur dans l'avenir. Nous sommes d'accord avec la recommandation du CCNI qui dit souhaitable l'institution d'un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B.

Dans la déclaration du CCNI, on peut lire qu'il existe «un consensus qui se dégage parmi les experts dans le domaine voulant que l'immunisation universelle pendant l'enfance est la clé du contrôle du virus de l'hépatite B en Amérique du Nord». À la suite d'un examen des faits, le CCNI a recommandé que «pour réaliser un contrôle significatif de l'hépatite B au Canada, un programme d'immunisation universelle devrait être mis en oeuvre, et ce, en plus de la stratégie actuelle s'appliquant aux groupes à risque élevée»⁹.

et il a été difficile de les faire participer au programme d'immunisation.

continué de croire. À l'exception possible des professionnels de la santé, les groupes à risque élevé, y compris ceux qui représentent la majorité des cas d'hépatite B, ont été difficiles à rejoindre,

Un vaccin contre l'hépatite B est devenu disponible en 1982. Ce vaccin a été tiré de plasma sanguin d'humains infectés par le virus. En 1987, de nouveaux vaccins sont devenus disponibles, vaccins qui ont été produits par des souches de levure modifiées génétiquement pour synthétiser l'antigène de surface viral, appelé «HBsAg». Ainsi, ces vaccins à l'ADN recombinant (ADNR) ne contiennent aucune particule de virus. Ils consistent plutôt en un antigène protéique très purifié. Les vaccins, dont deux sont disponibles au Canada, sont reconnus pour être efficaces, donnant une immunité jusqu'à 95 p. 100 chez des personnes vaccinées⁸.

Une importante question à considérer dans l'élaboration d'un programme d'immunisation pour toute maladie est celle des coûts et des avantages d'un tel programme. Un objectif fondamental est de déterminer les avantages pouvant découler d'un programme d'immunisation. Ces avantages sont à la fois directs et indirects, et ils peuvent comprendre une diminution réelle de l'incidence de la maladie au fur et à mesure que de plus en plus de personnes sont protégées contre l'agent infectieux, ainsi que la possibilité que la maladie puisse disparaître dans la population, ou presque. Cela pourrait conduire à des réductions considérables des dépenses actuelles et futures pour les soins de santé, ainsi qu'à des répercussions économiques réduites de la maladie en termes d'absentéisme des employés et de décès prématurés des personnes affectées, y compris des personnes salariées. La réduction de la souffrance humaine due à la maladie est évidemment une considération importante même si la valeur monétaire ne peut être calculée.

Toutefois, les programmes d'immunisation sont coûteux, à la fois quant au coût du vaccin et quant aux coûts techniques et administratifs de ces programmes. Les coûts monétaires possibles d'un programme d'immunisation universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B peuvent être estimés sommairement en multipliant le coût actuel du vaccin par le nombre de naissances chaque année au Canada.

En 1989, il y a eu 392 505 naissances au Canada. À l'heure actuelle, le coût du vaccin contre l'hépatite B est d'environ 70 \$ pour l'administration de trois doses. Ainsi, pour immuniser tous les nouveau-nés, il en coûterait un peu moins de 27,5 millions de dollars par année, pour le vaccin seulement. Si on instituait en même temps un programme de «rattrapage» pour les enfants de 10 ans, les coûts du vaccin doubleraient à environ 55 millions de dollars pour chaque année d'application de ce double programme. Il est toutefois essentiel de noter qu'un vaccin de grande qualité contre l'hépatite B se vend dans certains pays, notamment en Nouvelle-Zélande, à un prix de beaucoup inférieur au prix actuel au Canada. Le Sous-comité croit fermement qu'il est possible d'obtenir le vaccin à un prix beaucoup plus bas que celui que nous connaissons actuellement. Depuis la première apparition du vaccin en 1982, l'immunisation s'est limitée aux groupes à risque élevé désignés. L'efficacité de cette stratégie a été remise en question par plusieurs témoins qui ont comparu devant le Sous-comité. Même parmi le groupe concerné le plus astucieux et présentant le plus de risques, celui des professionnels de la santé, les programmes d'immunisation n'auraient atteint qu'un taux de succès de 50 à 70 p. 100. Un aspect de la difficulté, c'est que l'immunisation nécessite l'administration de trois injections (quatre, dans certains cas exceptionnels) sur une période de six mois, et l'administration de toutes les doses est nécessaire pour garantir l'immunité.

En août 1991, le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI) a publié une déclaration sur un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B. Le CCNI a fait observer que malgré le programme d'immunisation des groupes visés, l'incidence de la maladie a

dans certains groupes autochtones vivant dans des régions nordiques du Canada, et chez des résidents canadiens qui ont immigré au Canada en provenance de régions du monde où l'endémicité de l'hépatite B est élevée.

Depuis 1969 au Canada, l'hépatite B est une maladie dont la déclaration aux autorités est obligatoire. Les médecins doivent signaler les cas diagnostiqués aux agences de santé locales qui transmettent cette information aux ministères provinciaux ou territoriaux de la santé. Les données sont combinées selon des regroupements précis en fonction du sexe et de l'âge, et elles sont ensuite transmises au Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada. Les difficultés associées au diagnostic exact de la maladie ont des répercussions sur les tendances de la propagation de l'hépatite B ainsi que sur la précision des données sur les tendances de l'incidence de la maladie et sur le nombre de porteurs du virus au Canada.

Les données disponibles indiquent que l'incidence de l'hépatite B augmente au Canada. Le *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, publication de Santé et Bien-être social Canada, déclare dans le numéro du 3 août 1991 que «l'incidence signalée de l'hépatite B au Canada a augmenté d'un facteur de 2,5 entre 1980 et 1989»⁵. Deux facteurs expliquent cette augmentation. Le premier, c'est qu'en fait, la fréquence de la maladie augmente au pays; le second, c'est que les procédures de diagnostic se sont améliorées au cours de la décennie et que les médecins peuvent mieux déterminer et signaler les cas réels. Cependant, entre 50 et 90 p. 100 des cas d'hépatite B sont sous-cliniques et ne sont jamais portés à l'attention des médecins.

Le Sous-comité a entendu un témoignage troublant disant qu'il se peut que l'hépatite B soit très mal signalée au Canada, nonobstant les énoncés précédents. Le docteur Blendis a déclaré ce qui suit :

«Chacun sait que les taux d'incidence (de l'hépatite B) sont très mal déclarés ... chaque fois qu'un laboratoire fait un diagnostic de l'hépatite ... il doit le signaler aux autorités de la santé publique. Lorsque les autorités de la santé publique reçoivent le rapport, elles me font parvenir un formulaire à remplir concernant les détails du cas. J'estime que je ne reçois qu'un formulaire sur dix des patients qui font l'objet d'un diagnostic, et peut-être même moins.»

Le docteur J. Z. Losos, directeur général du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada, a convenu que l'hépatite B est mal déclarée au Canada et il a affirmé que «l'absence de déclaration de toute maladie est un problème courant en matière de santé publique»⁷. Le docteur Losos n'a pas convenu qu'il y avait dix fois plus de porteurs du VHB que les statistiques ne l'indiquent, mais il n'a pas proposé d'autre chiffre.

LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B

Actuellement, il n'existe aucun traitement efficace de l'hépatite B, à l'exception du traitement des symptômes de la maladie. Tel que susmentionné, la plupart des patients se débarrassent de l'infection après une certaine période, et la plupart des patients adultes éliminent le virus de leur système. Les médicaments anti-viraux ne sont pas efficaces contre l'hépatite B. La principale arme contre la maladie est la vaccination visant à prévenir tout d'abord l'infection.

5 Santé et Bien-être social Canada, «Le Comité consultatif national (CCNI) — Déclaration sur la vaccination universelle contre l'hépatite B», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 3 août 1991, p. 170.

6 *Procès-verbaux*, fascicule n° 2, p. 8.

7 *Procès-verbaux*, fascicule n° 1, p. 37.

LES RISQUES D'INFECTION PAR L'HÉPATITE B

Les personnes infectées par le VHB portent le virus dans tous les liquides organiques, notamment le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, la sueur, l'urine, et même les larmes. La maladie se propage habituellement par un contact avec des liquides corporels de personnes infectées. Ainsi, les professionnels de la santé, y compris les dentistes, courent souvent le risque d'attraper la maladie, particulièrement en chirurgie ou dans des situations d'urgence où le sauvetage où le saignement est fréquent. Pour les mêmes raisons, les policiers, les pompiers et le personnel d'urgence et de sauvetage peuvent courir un risque plus élevé. Les étudiants en formation dans ces professions présentent également un risque.

L'hépatite B est une maladie transmise sexuellement (MTS) : le virus peut se transmettre par un contact sexuel avec une personne infectée. Les hommes homosexuels actifs, les homosexuels qui changent souvent de partenaire et les prostitué(e)s présentent un risque accru. Le partage des seringues pour s'injecter des drogues illicites est une autre activité à risque élevé. Parmi d'autres groupes à risque élevé, mentionnons les agents des services correctionnels et les prisonniers dans les institutions, les embaumeurs et entrepreneurs de pompes funébres, et le personnel ainsi que les résidents d'établissements pour personnes mentalement handicapées.

Un groupe à risque élevé pour l'hépatite B est composé des jeunes qui, chaque année, fuient le toit familial et vivent au gré des rencontres occasionnelles pendant un certain temps. Ces jeunes s'adonnent au sexe et aux drogues, ignorant des graves risques qu'ils courent de contracter les maladies infectieuses associées à ces comportements.

Avec une maladie comme l'hépatite B, la chaîne infectieuse peut s'étendre jusque dans la collectivité d'origine du fugueur lorsque celui-ci retourne à la maison. La fille de Mme Bower, par exemple, après sa fugue, a renoué avec un ancien partenaire et lui a communiqué le virus de l'hépatite B. Par la suite, lorsqu'il a fait une nouvelle rencontre, il lui a transmis la maladie à son tour³.

L'HÉPATITE B AU CANADA

À l'échelle mondiale, l'hépatite B touche environ 50 millions de personnes par année et elle serait la cause de plus de deux millions de décès chaque année. On estime qu'un milliard de personnes sont infectées par le virus et qu'environ 300 millions de personnes sont porteurs chroniques du virus. Les régions du monde son classées comme présentant une endémicité élevée lorsque le taux de porteurs est de 7 à 20 p. 100, une endémicité intermédiaire lorsque le taux de porteurs est de 2 à 7 p. 100 et une faible endémicité lorsque le taux de porteurs est de 2 p. 100 ou moins. L'hépatite B est présente à un taux très élevé en Afrique tropicale, en Asie de l'Est et du Sud-Est, et dans des parties de l'Amérique du Sud.

Le Canada est un pays où l'endémicité de l'hépatite B est faible. Le virus est présent dans la population en général mais son incidence est faible. Le docteur Laurence Blendis, représentant la Fondation canadienne du foie, a témoigné que la présence du virus au Canada, telle que déterminée par des tests sanguins menés par la Croix-Rouge canadienne il y a environ dix ans, était d'environ 0,2 à 0,3 p. 100 dans la plupart des provinces et d'environ 0,5 p. 100 au Québec⁴. Toutefois, les taux sont beaucoup plus élevés dans certains sous-groupes du Canada, notamment

3 Procès-verbaux, fascicule n° 1, p. 20.
4 Procès-verbaux, fascicule n° 2, p. 7.

pris une tournure tragique dernièrement, lorsqu'un chirurgien de la Nouvelle-Ecosse qui avait été infecté par un malade a vraisemblablement transmis la maladie à deux autres patients qu'il a opérés².

Il n'existe pas de remède pour l'hépatite B, mais nous possédons les moyens techniques d'empêcher la propagation de cette maladie au Canada, soit un vaccin sûr et très efficace. La mise en place d'un programme coordonné de prévention de la maladie entraînera des coûts élevés, certes, mais pas plus élevés que si nous n'agissons pas. Le présent rapport traite des différents aspects de l'hépatite B. Ces témoignages ont été publiés dans le fascicule nos 1 à 5 du Sous-comité sur les questions de santé de la 3^e session, 34^e législature.

L'HÉPATITE B

L'hépatite désigne un certain nombre de maladies graves du foie. Le mot lui-même vient du grec et signifie «inflammation du foie». L'hépatite peut être causée par un certain nombre d'agents, notamment l'alcool, les drogues ou des produits chimiques dans l'environnement, mais le plus souvent, elle est causée par un certain nombre de virus de l'hépatite. Le virus de l'hépatite B (VHB) est associé à une vaste gamme de maladies du foie, y compris l'hépatite aiguë, l'hépatite chronique, la cirrhose du foie et le carcinome hépatocellulaire, ou cancer du foie.

La période d'incubation de l'hépatite B est d'environ 6 à 25 semaines. Certaines phases de la maladie peuvent n'être que légèrement symptomatiques, ou il se peut même qu'aucun symptôme ne se manifeste, comme c'est le cas pour de nombreuses personnes. Parmi les symptômes plus graves, mentionnons la perte d'appétit, la fatigue et des sentiments généraux de faiblesse, symptômes semblables à ceux de la grippe. La jaunisse, un jaunissement de la peau, peut se présenter et le malade peut également faire de la fièvre.

Très rarement, l'infection entraînera une hépatite fulminante, la forme la plus grave de l'hépatite. Cette forme aiguë de la maladie, dont le cours évolue rapidement, entraîne souvent la mort, étant donné que de larges parties du foie sont détruites. Le décès est consécutif à l'insuffisance hépatique.

Dans la plupart des cas d'hépatite B, la maladie suit son cours en quatre à huit semaines, sauf chez les personnes âgées et dans les cas où la maladie est causée par une transfusion sanguine. Dans ces cas, les taux de mortalité peuvent atteindre de 10 à 15 p. 100. L'hépatite chronique peut être le résultat de 5 à 10 p. 100 des infections par le VHB. Une hépatite chronique active épanouie peut se développer et conduire éventuellement à une cirrhose. Un état de porteur chronique sous-clinique peut se développer chez certains patients, et cet état serait le plus susceptible de conduire au cancer du foie. Ainsi, il est important de réaliser que même des symptômes légers d'hépatite peuvent conduire à des complications graves chez le malade.

La probabilité d'être porteur du virus varie de façon inversement proportionnelle à l'âge auquel l'infection se présente. Pour les nourrissons infectés à la naissance par une mère porteuse, le taux de transmission du virus peut aller jusqu'à 92 p. 100. Pour les enfants infectés avant l'âge de cinq ans, la probabilité de devenir porteur se situe entre 25 et 50 p. 100. Comparativement, les adultes infectés de façon aiguë n'ont que de 2 à 10 p. 100 de chances de devenir porteurs. La différence semble découler du fait que le système immunitaire des très jeunes enfants réussit moins bien à éliminer le virus que celui des adultes, après que la maladie a suivi son cours.

INTRODUCTION

La lutte contre les maladies infectieuses fait partie intégrante de l'histoire des civilisations. Des victoires considérables ont été remportées contre la maladie au cours du vingtième siècle, attribuables en grande partie aux vaccins et aux antibiotiques. L'immunisation des populations ou de groupes cibles particuliers a permis de juguler un grand nombre de maladies autrefois meurtrières. Certaines maladies, par exemple la variole, ont été à toutes fins pratiques éradiquées grâce aux vaccins.

La prévention de la maladie est la première ligne de défense dans le domaine de la santé. Dans un monde où les moyens de transport modernes ne cessent de raccourcir les distances, les frontières géographiques ne constituent plus des barrières contre les maladies infectieuses. Beaucoup de Canadiens parcourent le monde, que ce soit par affaires, en mission commandée pour le gouvernement, ou en touristes. De plus, le Canada est une destination de choix pour les immigrants de nombreux pays. Une des conséquences du surpeuplement et de l'élimination des distances est la propagation de maladies infectieuses qui, normalement, auraient été largement isolées dans leurs pays d'origine. Une de ces maladies est l'hépatite B.

L'hépatite B est une maladie dévastatrice dans beaucoup de parties du globe. L'incidence de l'hépatite B est en hausse au Canada, et la maladie pourrait bien devenir un problème grave dans notre pays. Dans le présent rapport, nous examinons les différentes facettes de l'hépatite B et proposons des recommandations pour réduire la propagation de la maladie au Canada. Naturellement, notre approche sera objective et parfois plutôt technique. Il ne faut jamais oublier, cependant, le prix énorme de cette maladie en termes de souffrances et de tragédies personnelles.

Le premier témoin entendu par le Sous-comité est M^{me} Bobbi Bower, une résidente de la Colombie-Britannique, qui a témoigné à titre personnel. M^{me} Bower a livré un témoignage éloquent et émouvant sur le décès, en décembre 1989, de sa fille de 16 ans, jeune mannequin à l'avenir prometteur, des suites de l'hépatite B. La jeune fille avait quitté la maison à l'automne de 1989 et avait passé cinq semaines avec des marginaux des rues. Durant cette période, elle a contracté l'hépatite B. Malheureusement, elle a été atteinte d'une forme fulminante et très rare de la maladie, qui entraîne rapidement la destruction du foie et est souvent mortelle. La fille de M^{me} Bower est décédée six jours après que le diagnostic d'hépatite B eut été posé¹.

Bien que ce cas tragique ne soit pas typique de l'évolution de l'infection par l'hépatite B, le Sous-comité estime que l'hépatite B constitue une menace grave pour la société canadienne. Elle met aussi les gouvernements en demeure d'élaborer des lignes directrices dans le secteur des soins de santé. Le risque d'infection couru par les travailleurs de la santé, et par leurs patients, a

¹ Procès-verbaux et témoignages du Sous-comité des questions de santé du Comité permanent de la Chambre des communes de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, des personnes âgées et de la condition féminine (appelé ci-après Procès-verbaux), fascicule n° 1, 3 octobre 1991, p. 14.

RECOMMANDATION No 6

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore un programme pour tenir compte de la possibilité que l'hépatite B se propage au Canada par les immigrants de régions du monde où la maladie est endémique et où l'incidence dans la population est intermédiaire ou élevée. Ce programme pourrait comprendre l'immunisation universelle de tous les immigrants au Canada, avant leur arrivée au pays, ou un programme d'immunisation sélective s'appliquant uniquement aux immigrants de régions où l'endécimite est intermédiaire et élevée.

RECOMMANDATION No 7

Comme alternative à la recommandation no 6, le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral étudie et évalue la nécessité et l'efficacité potentielle d'un programme de dépistage de l'hépatite B chez les immigrants au Canada. Le Sous-comité recommande, en outre, lorsque l'examen de dépistage révèle un résultat positif, que tous les membres de la famille non infectés et à risque soient obligatoirement vaccinés contre l'hépatite B, avant leur arrivée au pays.

RECOMMANDATION No 8

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine l'efficacité du programme exigeant que tous les cas d'hépatite B diagnostiqués au Canada soient signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie, afin de s'assurer que le signalement de cette maladie soit aussi complet que possible.

RECOMMANDATION No 9

Le Sous-comité recommande que Santé et Bien-être social Canada examine la nécessité d'une étude épidémiologique approfondie de l'hépatite B au Canada et, s'il y a lieu, conçoive et mette en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires, une étude épidémiologique visant à déterminer l'incidence de l'hépatite B au pays.

RECOMMANDATION No 10

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de Santé et Bien-être social Canada, prenne l'initiative d'engager des pourparlers avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les associations de professionnels de la santé, afin d'élaborer et d'appliquer une politique nationale sur le dépistage obligatoire de l'hépatite B chez les professionnels de la santé, et sur la vaccination obligatoire des professionnels de la santé contre l'hépatite B.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION No 1

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral élabore et mette en oeuvre un programme d'immunisation universelle contre l'hépatite B à l'intention des nouveau-nés. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION No 2

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, élabore un programme de «rattrapage» visant l'immunisation des enfants en 10 ans, le but étant d'immuniser les enfants avant leur entrée à l'école secondaire. Le Sous-comité recommande en outre que le gouvernement fédéral finance 50 p. 100 des coûts de ce programme d'immunisation de rattrapage et que des ententes appropriées de partage des frais soient conclues avec les provinces et les territoires.

RECOMMANDATION No 3

Le Sous-comité recommande que le gouvernement fédéral élabore, en collaboration avec les provinces et les territoires, un programme de dépistage systématique de l'infection par l'hépatite B chez les femmes enceintes. Lorsque le test est positif, le bébé devrait recevoir une dose d'immunoglobuline contre l'hépatite B et le vaccin anti-hépatite B, conformément aux recommandations du Guide canadien d'immunisation.

RECOMMANDATION No 4

Le Comité recommande que par l'entremise des ministères de la Santé et du Bien-être social et des Approvisionnement et Services, le gouvernement fédéral entreprenne une étude sur l'établissement du prix du vaccin contre l'hépatite B : premièrement, afin de déterminer pourquoi les prix de vaccins identiques varient considérablement selon les pays; deuxièmement, afin de s'assurer que les négociations sur le prix avec le(s) fabricant(s) de vaccins se déroulent avec une connaissance complète des prix payés dans d'autres secteurs de compétence; et troisièmement, afin de s'assurer que le vaccin fourni au Canada sera disponible au meilleur prix possible sur le marché mondial.

RECOMMANDATION No 5

Le Sous-comité recommande qu'en collaboration avec les ministères de la Santé des provinces et des territoires, Santé et Bien-être social Canada élabore et mette en oeuvre des programmes d'information et d'éducation visant à lutter contre l'hépatite B, à prévenir la propagation de cette maladie au Canada. Ces programmes devraient s'adresser au grand public canadien en général et aux groupes et collectivités à risque élevé identifiés.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS	ix
INTRODUCTION	1
L'HÉPATITE B	2
LES RISQUES D'INFECTION PAR L'HÉPATITE B	3
L'HÉPATITE B AU CANADA	3
LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	4
LE COÛT DU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	8
INFORMATION ET ÉDUCATION	10
L'IMMIGRATION ET L'HÉPATITE B	11
L'INCIDENCE ET LE SIGNALLEMENT DE L'HÉPATITE B AU CANADA	13
L'HÉPATITE B ET LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ	13
L'HÉPATITE B ET LES POPULATIONS AUTOCHTONES	15
LE SYNDROME DE LA FATIGUE CHRONIQUE	16
ANNEXE A – LE PROGRAMME DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE	19
ANNEXE B – LISTE DES TÉMOINS	21

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner les questions de santé.

Le Sous-comité a présenté son premier rapport au Comité.

Votre Comité a adopté le rapport, dont voici le texte :

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

SOUS-COMITÉ DES QUESTIONS DE SANTÉ DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Chairman: Stan Wilbee

Vice-Chairman: Rey Pagtakhan

Members

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Le greffier du Sous-comité

Eugene Morawski

Thomas Curren
Service de recherche
Bibliothèque du Parlement

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Rey Pagtakhan
Jean-Luc Joncas

Members

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 8)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON HEALTH ISSUES OF THE
STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

President: Stan Wilbee

Vice-president: Rey Pagtakhan

Members

Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Eugene Morawski

Clerk of the Sub-Committee

Thomas Curren
Research Branch
Library of Parliament

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing
Committee on*

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur les
questions de santé

Travaux futurs

Future Business

Y COMPRIS:

Troisième rapport à la Chambre : Hépatite B

INCLUDING:

Third report to the House: Hepatitis B

Troisième session de la trente-quatrième législature,

1992

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1992

HÉPATITE B

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA
CONDITION FÉMININE

BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENCE

STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENCE

SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

FÉVRIER 1992

HÉPATITE B



**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA
CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENTE**

**STANLEY WILBEE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENT**

SOUS-COMITÉ SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

FÉVRIER 1992

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 7

Wednesday, February 19, 1992

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 7

Le mercredi 19 février 1992

Présidence: Barbara Greene

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Mandate pursuant to Standing Order 108(2)

CONCERNANT:

Mandat conformément à l'article 108(2) du Règlement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson
Jim Karpoff
Barbara Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson
Jim Karpoff
Barbara Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, FEBRUARY 19, 1992

(10)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:50 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, David Walker, Stan Wilbee.

Acting Members present: Dawn Black for Jim Karpoff.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Research Officer.

Witnesses: From Planned Parenthood Federation of Canada: Bonnie Johnson, Executive Director, PPFC; Gillian Phillips, Director, Sexuality Information and Resources Clearing House (SIRCH); Dr. Norman Barwin, Past president, PPFC; Mary Huband, Board of Directors, PPFC; Nancy Sunderland, Member, (SIRCH).

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee proceeded to hear testimony from the Planned Parenthood Federation of Canada.

Bonnie Johnson, Norman Barwin and Gillian Phillips made opening statements and with the other witnesses, answered questions.

It was agreed,—That in accordance with Standing Order 120, the Committee retain the services of the Centre for Legislative Exchange and more specifically, Barbara Reynolds, for the Sub-Committee on the Status of Women travel to Washington, D.C. from March 9-11, 1992, for the purpose of the study of breast cancer for a total amount not exceeding \$4,000.

At 5:04 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Eugene Morawski

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 19 FÉVRIER 1992

(10)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à 15 h 50, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene.

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, David Walker, Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Dawn Black remplace Jim Karpoff.

Aussi présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, attachée de recherche.

Témoins: De la Fédération pour le planning des naissances du Canada: Bonnie Johnson, directrice exécutive, FPNC; Gillian Phillips, directrice, Centre d'information et de ressources sur la sexualité (CIRS); D^r Norman Barwin, ancien président, FPNC; Mary Huband, Conseil d'administration, FPNC; Nancy Sunderland, membre (CIRS).

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entend le témoignage de la Fédération pour le planning des naissances du Canada.

Bonnie Johnson, Norman Barwin et Gillian Phillips font un exposé puis, avec les autres témoins, répondent aux questions.

Il est convenu,—Que, conformément à l'article 120 du Règlement, le Comité retienne les services de Barbara Reynolds, du Centre d'échanges interparlementaires, à l'occasion du voyage du Sous-comité de la condition de la femme à Washington, du 9 au 11 mars, pour l'aider dans son étude du cancer du sein (dépense totale 4 000 \$).

À 17 h 04, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le greffier du Comité

Eugene Morawski

[Text]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Wednesday, February 19, 1992

• 1550

The Chair: Though we do not have a quorum, we are going to begin and then confirm the testimony when the quorum is met, which could occur when Mr. Wilbee, Ms Dawn Black or Mr. Rey Pagtakhan come in. They are supposed to be coming, but we are not sure when.

Welcome to our committee. I am sorry we do not have everyone here as yet. I understand that Mr. Pagtakhan is speaking in the House and we do not know where Dawn Black is, but I am sure she will arrive. If you would like to begin, I am sure we will be able to ask questions and obtain all the information.

Ms Bonnie Johnson (National Director, Planned Parenthood Federation of Canada): My name is Bonnie Johnson and I am the National Director of Planned Parenthood Federation of Canada. I will begin with some introductions. We had planned on giving a presentation that was no longer than 15 or 20 minutes, allowing most of the time allotted to us for questions.

On behalf of our organization, I would like to thank you very much for this opportunity. I think we sent the letter to Eugene last week and were told on Friday that we had this meeting, so we were thrilled that the response was so quick. If the rest of the government worked that way I think we would be in better shape.

With me is Nancy Sunderland, a member of the committee looking after the clearing-house project we have come to talk to you about today; Norman Barwin, a medical doctor in Ottawa and a specialist in the area of infertility, who has been on our board for many years and is the past president; Mary Huband, who sits on the clearing-house committee and is also a long-time board member of Planned Parenthood; and Gillian Phillips, director of the clearing-house project.

From here on, I will refer to the project we have come to speak to you about as SIRCH, which stands for Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse. Norman will give us a brief overview of the Planned Parenthood Federation, for those of you who have not heard us make a presentation before.

Dr. Norman Barwin (Member of the Board and Past-President, Planned Parenthood Federation of Canada): Thank you. I welcome the opportunity of appearing before you.

Planned Parenthood Federation of Canada is the largest voluntary family planning organization in Canada, as you know. We are part of the International Planned Parenthood Federation, which is the second-largest voluntary organization

[Translation]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le mercredi 19 février 1992

La présidence: La séance est ouverte, bien qu'il n'y ait pas quorum. Nous pouvons entendre dès maintenant votre témoignage, il suffira de le confirmer lorsqu'il y aura quorum, c'est-à-dire lorsque M. Wilbee, M^{me} Dawn Black ou M. Rey Pagtakhan arriveront. Ils sont supposés venir, mais je ne sais pas exactement quand.

Bienvenue à notre comité. Je suis désolée que tout le monde ne soit pas présent. Je crois savoir que M. Pagtakhan prononce un discours à la Chambre, et nous ne savons pas où se trouve M^{me} Black, mais je suis sûre qu'elle viendra. Si vous voulez commencer, je suis certaine que nous pourrions poser toutes les questions nécessaires et obtenir des renseignements.

Mme Bonnie Johnson (directrice nationale, Fédération pour le planning des naissances du Canada): Je m'appelle Bonnie Johnson et je suis la directrice nationale de la Fédération pour le planning des naissances du Canada. Je commencerai par vous présenter les personnes qui m'accompagnent. Nous avons prévu de faire un exposé d'au plus 15 à 20 minutes, de façon à réserver la plus grande partie du temps qui nous est allouée aux questions.

Au nom de notre organisme, je vous remercie de cette occasion de comparaître devant vous. Ce n'est que la semaine dernière que nous avons envoyé notre lettre à Eugene, et on nous a appris vendredi que nous pourrions être entendus aujourd'hui. Nous avons donc été très heureux d'obtenir une réponse aussi rapide. Si le reste du gouvernement faisait preuve d'une telle célérité, tout irait bien mieux.

Je suis accompagnée de Nancy Sunderland, qui est membre du comité chargé d'étudier le projet de centre d'information et de ressources, dont nous sommes venus vous parler aujourd'hui; de M. Norman Barwin, médecin à Ottawa et spécialiste des problèmes d'infertilité, qui est notre ancien président et qui siège au conseil d'administration depuis bon nombre d'années; de M^{me} Mary Huband, qui siège au comité du centre d'information et de ressources et qui est aussi membre depuis longtemps du conseil d'administration de notre organisme; et de M^{me} Gillian Phillips, directrice du projet du centre d'information et de ressources.

À partir de maintenant, lorsque je parlerai du centre d'information et de ressources sur la sexualité, j'utiliserai l'acronyme CIRS. Norman va vous donner un bref aperçu de ce qu'est la Fédération pour le planning des naissances du Canada, pour ceux d'entre vous qui n'ont pas entendu nos témoignages précédents.

Dr Norman Barwin (membre du conseil d'administration et ancien président, Fédération pour le planning des naissances du Canada): Merci. Je suis heureux d'avoir la possibilité de comparaître devant vous.

La Fédération pour le planning des naissances du Canada est l'organisme de bénévoles le plus important dans le domaine du planning des naissances au Canada. Nous faisons partie de la Fédération internationale pour le planning

[Texte]

in the world, next to the Red Cross. We have 51 affiliates throughout the country. Our board is made up of representatives from all the provinces and the two territories, so we are representative of people right across the country.

Our mandate at Planned Parenthood has always been to promote healthy sexuality throughout the human life cycle and also to ensure that prevention is in the forefront. Our mandate has been to ensure access to services and adequate education, and counselling is very much part and parcel of this preventive program.

We have also tried to promote other areas of healthy sexuality, apart from family planning, but have also looked at the areas of the new reproductive technologies, which are very much part and parcel of preventative programs, and I think we have a major role to play in the promotion of this aspect.

I would like to mention that historically the SIRCH program proposal was submitted in 1986. At that time, as you know, the family division was removed from part of the Health and Welfare package and there was a tremendous void in the access to information in this particular area. Planned Parenthood at that time found itself receiving many requests for information packages, apart from our other involvement in speaking engagements and so on, particularly for information dealing with all aspects of human sexuality and family planning.

• 1555

To fill this void the SIRCH proposal was drawn up and submitted early in 1987. It was only approved in 1989. We felt there was a tremendous void in the availability of information. As a voluntary organization with 51 affiliates and which really had access directly to the community, we felt this particular program had a very important role to play in the promotion of better health for all Canadians. It deals not only with lifestyle but with the ethics of human sexuality.

We know from our encounters with some of the pharmaceutical agencies that they also recognized that only through the voluntary agencies can you promote a healthy sexuality. That's because we have access to communities and schools.

We're a national organization made up of volunteers who are enthusiastic and believe in the dictum that prevention is better than the cure. We stand here before you to ask you to consider very favourably this SIRCH proposal that you have before you.

With that, I'll hand it over to you.

The Chair: Thanks. Could I have a motion to accept the testimony that's been given so far because we didn't have a quorum when we started?

Mrs. Sparrow (Calgary Southwest): So moved.

[Traduction]

familial, qui est le deuxième organisme bénévole en importance au monde, après la Croix-Rouge. Nous comptons 51 filiales dans tout le pays. Notre conseil d'administration se compose de représentants de toutes les provinces et des deux territoires. Toutes les parties du pays y sont donc bien représentées.

Le mandat de notre organisme a toujours été de promouvoir une saine sexualité dans tout le cycle de la vie humaine et de veiller également à ce que la prévention soit au premier plan. Nous avons oeuvré en vue d'accroître l'accès aux services et à une éducation appropriée. Les services de consultation et d'orientation font partie intégrante du programme de prévention.

Nous avons également essayé de promouvoir d'autres aspects d'une saine sexualité, outre le planning des naissances, et nous avons également étudié le domaine des nouvelles techniques de reproduction, qui sont aussi étroitement liées à nos programmes de prévention. Je crois que nous avons un rôle très important à jouer dans la promotion de cet aspect.

Je voudrais dire ici que le programme du CIRS a été proposé en 1986. À cette époque, comme vous le savez, on a éliminé la division de la famille du ministère de la Santé et du Bien-être social, laissant ainsi un vide énorme au niveau de l'accès à l'information dans ce domaine particulier. Notre organisme a alors commencé à recevoir de nombreuses demandes de trousseaux d'information, et nous avons présenté des exposés lors de colloques, de conférences, etc. Les demandes d'information portaient sur tous les aspects de la sexualité humaine et du planning des naissances.

C'est pour combler ce vide que la proposition concernant le CIRS a été élaborée et présentée au début de 1987. Elle n'a été approuvée qu'en 1989. Nous estimions qu'il existait un vide énorme au niveau de l'information. À titre d'organisme bénévole comptant 51 filiales et compte tenu de ce que nous avons un accès direct à la communauté, nous pensions que ce programme pourrait jouer un rôle très important dans la promotion d'une meilleure santé pour tous les Canadiens. Le programme ne porte pas seulement sur le mode de vie, mais aussi sur l'éthique de la sexualité humaine.

Certains organismes pharmaceutiques reconnaissent—nous le savons pour les avoir rencontrés—que seuls les organismes bénévoles peuvent promouvoir une saine sexualité. La raison en est que nous avons accès aux communautés et aux écoles.

Notre organisme national est composé de bénévoles enthousiastes convaincus de ce qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Si nous nous présentons devant vous, c'est pour vous demander d'accueillir favorablement la proposition concernant le CIRS dont vous êtes saisis.

C'était là les quelques remarques que je voulais faire.

La présidence: Merci. Quelqu'un peut-il présenter une motion pour que le témoignage présenté jusqu'à maintenant soit accepté, puisqu'il n'y avait pas quorum lorsque la séance a commencé?

Mme Sparrow (Calgary-Sud-Ouest): Je présente cette motion.

[Text]

Motion agreed to

Ms Gillian Phillips (Director, Sexuality Information Resource Centre and Clearing House, Planned Parenthood Federation of Canada): In 1990 a feasibility study was conducted using funding from Health and Welfare Canada. The feasibility study was a national survey that encompassed responses from very many different organizations and individuals from physicians to community health clinics, Planned Parenthood affiliate members, school boards and various educational organizations who promote and deal with sexuality education.

The survey asked several questions about resources that are available and used and the source of those resources in Canada. Overwhelmingly, the response was that there was a need for some radical change in the way resources are accessed and produced in Canada. Over 90% of the respondents felt that more resources were needed to help them in their sexuality education work across the whole breadth of sexual education topics. They also felt that the resources available in Canada were not adequate for their needs. They were either out of date or were available from U.S. sources and were culturally inappropriate.

Many organizations were unaware that other organizations across Canada were in fact producing excellent resources. Videos, pamphlets, kits and other forms of materials are available and being produced often with government funding assistance throughout Canada. However, because the organizations producing them are unable to disseminate and promote these resources across Canada, very many organizations are inventing the wheel again and duplicating the work because they're unaware that these things are available in Canada. Many organizations are consequently purchasing videos, recordings, audio tapes, books, kits and all of the resources that they need, in many cases from U.S. sources. It was clear that this was unacceptable to most of the educators who were involved in the survey.

The results of the feasibility study are here. It's available for anyone who would like a copy. It's called *Creating a Practical Reality from a Demonstrated Need*.

• 1600

Planned Parenthood, together with several committed individuals from across Canada, felt it was valid to continue with the use of the funding, as advocated by Health and Welfare Canada, to begin the set-up of this sexuality information clearing-house. Essentially, there are two functions to this clearing-house. One is to collect information from across the nation about resources and services in schools, clinics and hospitals that help teach people about

[Translation]

La motion est adoptée

Mme Gillian Phillips (directrice, Centre d'information et de ressources sur la sexualité, Fédération pour le planning des naissances du Canada): En 1990, une étude de faisabilité a été réalisée grâce à des fonds venant de Santé et Bien-être social Canada. Cette étude consistait en une enquête nationale, dans le cadre de laquelle ont été interrogés un certain nombre d'organismes et de particuliers, allant des médecins jusqu'aux cliniques de santé communautaire, en passant par des membres affiliés de notre fédération, des conseils scolaires et divers organismes d'enseignement qui favorisent l'éducation sexuelle et offrent des cours sur ce sujet.

Dans le cadre de cette enquête, plusieurs questions portaient sur les ressources disponibles et utilisées, de même que sur la provenance de ces ressources au Canada. Selon une majorité écrasante des répondants, il fallait apporter des changements radicaux à la façon dont les ressources étaient distribuées et produites au Canada. Plus de 90 p. 100 des répondants estimaient avoir besoin de ressources plus abondantes pour les aider à traiter de toute la gamme des sujets relevant de leur travail d'éducation sexuelle. Ils estimaient aussi que les ressources disponibles au Canada ne correspondaient pas à leurs besoins. Ou bien ces ressources étaient désuètes, ou bien elles venaient des États-Unis et ne correspondaient pas à notre culture.

Bon nombre d'organismes ne savaient pas qu'il y avait dans tout le Canada d'autres organismes qui produisaient d'excellentes ressources. Des cassettes vidéo, des brochures, des trousseaux et d'autres formes de documentation sont produites et mises à la disposition des gens dans tout le Canada, souvent grâce à une aide financière du gouvernement. Cependant, parce que les organisations productrices ne sont pas en mesure de diffuser et de promouvoir ces ressources dans tout le Canada, un très grand nombre d'organismes recommencent ce même travail parce qu'ils ne sont pas au courant de ce qui existe déjà au Canada. Pour la même raison, il arrive souvent que de nombreux organismes achètent des vidéos, des disques, des cassettes audio, des livres, des trousseaux et toutes les ressources dont ils ont besoin aux États-Unis. De toute évidence, la plupart des enseignants qui ont participé à l'enquête trouvaient cette situation inacceptable.

Nous avons avec nous les résultats de cette étude de faisabilité. Tous ceux qui le désirent peuvent en prendre un exemplaire. L'étude est intitulée *Creating a Practical Reality from a Demonstrated Need*.

Notre fédération, ainsi que plusieurs personnes oeuvrant dans le même domaine au Canada, croyaient qu'il fallait continuer à utiliser les fonds, comme le proposait Santé et Bien-être social Canada, pour commencer à mettre sur pied de ce centre d'information et de ressources sur la sexualité. Ce centre a deux principales fonctions: l'une est de recueillir des renseignements dans tout le pays au sujet des ressources et des services disponibles dans les écoles, les cliniques et les

[Texte]

sexuality and all of its facets...to collect information about resources and to build data bases about the organizations and resources that are available in Canada. Once that information has been collected, it can be used to provide several different types of service to a wide sector of Canadian society—from physicians to educators to parents themselves. We anticipate the need for hot-line services where people can telephone us for information and be told where they can find this information.

A large part of what people across Canada need is a referral service. Where can we go to get these resources? Where can someone in northern Saskatchewan, working with indigenous people, get resources that are culturally appropriate for indigenous people in the north? There is a great need for this kind of information. So the clearing-house will be providing information services.

In addition, it was apparent from the feasibility survey that there were many gaps in resource provision. Although resources have been produced in Canada, there are clearly gaps in current literature; for example, in the areas of sexually transmitted diseases and materials that teach adolescents about contraception and sexual behaviour. The other aspect of SIRCH is to publish materials, to work with groups that have already effected change in their own communities and that have many years' experience in teaching and producing resources, and to collaborate with these organizations to produce appropriate resources to fill these gaps.

The other aspect of SIRCH will be a role that was clear from the feasibility study—promoting Canadian resources that are already available in Canada, by taking resources, identifying them and working with the organization that produced them to reprint them or distribute them nationally, to promote them and market them so that everyone across Canada is aware of what is available and is not wasting money either seeking materials in the U.S. or producing their own materials.

Those are the major functions of the sexuality clearing-house. They are based directly on the results of the feasibility study.

Ms Johnson: We don't come before you today to try to convince you of the need for the resources we have just been talking about. We have been in contact with many of you before and we know that a group such as this understands what Planned Parenthood is attempting to accomplish and supports our general purpose and our general guidelines.

[Traduction]

hôpitaux qui aident les gens à mieux connaître leur sexualité dans tous ses aspects... de recueillir des renseignements sur les ressources et de créer des bases de données sur les organismes et les ressources qui existent au Canada. Une fois que cette information est colligée, elle peut servir à offrir différents types de services à une grande partie de la société canadienne—des médecins aux enseignants, en passant par les parents. Nous prévoyons qu'il nous faudra un service de lignes téléphoniques qui permettra aux gens de nous téléphoner pour obtenir des renseignements et apprendre où ils peuvent trouver des renseignements.

En grande partie, ce dont les Canadiens ont besoin, c'est d'un service d'orientation. Où peuvent-ils obtenir des ressources? Où quelqu'un qui travaille dans le nord de la Saskatchewan auprès des autochtones peut-il obtenir des ressources qui correspondent à la culture des autochtones du Nord? De tels renseignements sont grandement nécessaires. Donc, le centre d'information et de ressources offrira des services d'information.

En outre, l'étude de faisabilité a montré qu'il existait de nombreuses lacunes dans la distribution des ressources. Bien qu'il y ait des ressources produites au Canada, la documentation actuelle comporte des lacunes évidentes, plus spécialement dans le domaine des maladies transmises sexuellement et des documents sur la contraception et le comportement sexuel destinés aux adolescents. Le CIRS aura aussi pour tâche de publier des documents, de travailler avec des groupes qui ont déjà modifié les comportements dans leurs propres communautés et qui possèdent de nombreuses années d'expérience dans l'enseignement et la production de ressources. Le centre collaborera avec ces organismes pour produire des ressources destinées à combler de telles lacunes.

L'autre fonction du CIRS découle des résultats de l'étude de faisabilité. Il s'agit de promouvoir les ressources produites au Canada, qui sont déjà disponibles au pays. Pour cela, le centre recueillera les ressources, les identifiera et travaillera avec les organismes qui les ont produites pour les republier ou les distribuer dans tout le pays, les promouvoir et les commercialiser de façon à ce que tous les Canadiens sachent ce qui est disponible et ne dépensent pas inutilement leur argent à acheter des documents américains ou à produire leurs propres documents.

Ce sont là les principales fonctions du centre d'information et de ressources sur la sexualité. Ces fonctions découlent directement des résultats de l'étude de faisabilité.

Mme Johnson: Nous ne sommes pas ici aujourd'hui pour essayer de vous convaincre que nous avons besoin de ces ressources. Nous avons déjà communiqué avec bon nombre d'entre vous auparavant et nous savons qu'un groupe tel que le vôtre comprend le travail que notre organisme tente d'accomplir et appuie notre objectif général et nos lignes directrices.

[Text]

We have done enough research in Canada, the most recent one being from McMaster University, showing that extending access to prevention reduces abortions and births to the unmarried. These kinds of research papers are coming out monthly, many from the United States but more and more from Canada too, showing the cost effectiveness and the social implications of preventive programming.

When we talk about prevention and planned parenthood, we are referring to primary prevention. One of our major concerns in Canada today is that the first contact many school children have with healthy sexuality is when teachers are talking about AIDS and they're learning about sexually transmitted diseases, sexual abuse, incest and rape. These kinds of programs are being introduced in the absence of strong preventive programs that look at self-esteem, healthy body images, teaching children how to deal with their own bodies, how to say no, and how to project a positive self-image. That's the kind of work Planned Parenthood is talking about in this context.

• 1605

Given that we don't need to convince you of the need for these kinds of programs, and given that you do understand that the demand for them is increasing constantly as more and more provincial schools and public health agencies are recognizing the importance of these programs, we'd like to provide you with a very quick overview of what's happened to this project and seek your assistance on where Planned Parenthood should go and what we should be doing next to see that this program doesn't die, because without some kind of intervention, it is not going to succeed and will die within the next year.

We had a four-year wait from the time we put in the application until the federal government very generously gave us a total of \$314,000 to investigate the need for and begin the development of this national clearing-house.

In all our contact with government, whether at the level of the Members of Parliament, with the government or the opposition parties, or with the staff people, we have received overwhelming credit for the quality of the work we have done, with recognition of the need for the projects. We have letters of support from many of you and from public organizations, individuals, educators, teachers, church groups and professionals in the area of sexuality education.

Our affiliates are increasing demand for the kinds of resources we're talking about, yet we are hearing at this particular time—and do recognize that this matter is serious—that there is no money left, and that if this project has to die that is really too bad, but we can go and look at the corporate sector and see if we can get some help out there.

We have been working very hard in approaching the corporate sector for the kind of support we need in order to keep this project alive, and we've had some success. Just yesterday Gillian and our resource development officer were

[Translation]

Nous avons fait de nombreuses recherches au Canada—la plus récente a été réalisée en collaboration avec l'université McMaster—montrant que le fait d'augmenter l'accès aux mesures de prévention diminue le nombre des avortements et des naissances hors mariage. Des documents de recherche sont publiés chaque mois, dont un bon nombre aux États-Unis et aussi, de plus en plus, au Canada. Ces recherches montrent la rentabilité et les avantages des programmes de prévention sur le plan social.

Quand nous parlons de prévention et de planning des naissances, nous parlons de prévention au premier niveau. L'une de nos grandes préoccupations, c'est qu'au Canada, de nos jours, bon nombre d'écoliers entendent parler de saine sexualité pour la première fois quand leurs professeurs leur parlent du sida, de maladies transmises sexuellement, d'exploitation sexuelle, d'inceste et de viol. Ces programmes sont offerts sans avoir pour contrepartie de bons programmes de prévention, dans lesquels on parlerait de l'estime de soi-même, d'une saine image corporelle, et où on enseignerait aux enfants comment vivre avec leur corps, comment dire non et comment projeter une image positive d'eux-mêmes. C'est de ce type de travail que notre organisme parle dans ce contexte.

Puisque nous n'avons pas besoin de vous convaincre du besoin de tels programmes, puisque vous comprenez que la demande à l'égard de tels programmes augmente constamment, compte tenu de ce que plus en plus d'écoles et d'organismes de santé publique provinciaux reconnaissent l'importance de ces programmes, nous vous donnerons un bref aperçu de l'évolution du projet et nous vous demanderons de nous aider à déterminer ce que notre organisme peut faire pour poursuivre ce programme. En effet, si nous n'avons pas d'aide, le programme ne pourra pas être mis en oeuvre et devra être abandonné l'an prochain.

Nous avons dû attendre quatre ans, entre le moment où nous avons présenté la demande au gouvernement fédéral et le moment où celui-ci nous a généreusement octroyé 314,000\$ pour étudier la nécessité de créer un centre national d'études et de ressources et commencer à le mettre sur pied.

Chaque fois que nous avons communiqué avec le gouvernement, soit avec les députés, de tous les partis, soit avec les fonctionnaires, on nous a toujours félicité de la qualité de notre travail et on a toujours reconnu que le projet était nécessaire. Nous avons reçu des lettres d'appui de bon nombre d'entre vous, de même que d'organismes publics, de particuliers, d'enseignants, d'éducateurs, de groupes confessionnels et de professionnels de l'éducation sexuelle.

Il y a chez nos affiliés une demande sans cesse croissante à l'égard des ressources dont nous vous avons parlé. Cependant, on nous dit maintenant qu'il n'y a plus d'argent—nous reconnaissons qu'il s'agit d'un problème grave—et que, si le projet doit être abandonné, tant pis, nous avons toujours la ressource de nous adresser aux sociétés pour obtenir de l'aide.

Nous avons fait de grands efforts pour demander aux sociétés l'aide dont nous avons besoin pour poursuivre ce projet. Nous avons obtenu un certain succès. Hier, Gillian et d'autres agents du développement des ressources étaient à

[Texte]

in Montreal and received a \$20,000 donation from Berlex. Syntex has given us \$5,000. We are getting some support from the corporate sector, but it is not enough. We understand from people who have done this kind of clearing-house work in the past that the project can be self-supporting in ten years, but the information side will always need some ongoing support.

We would certainly work towards self-sufficiency, but we need government support in the short term or the project is going to fail. We have a great deal of difficulty understanding the line that there is no more money. Here is a very brief overview of the cost of not looking at preventive programs.

Your own studies tell us that one province alone, Alberta, spends \$20 million per year on taking care of single teenage mothers and their children. Doing so perpetuates a welfare cycle that often doesn't end. The young mother goes on welfare, drops out of school, and has a baby. Within six months, without intervention, she will have a second child, according to a Saskatchewan study. That cycle goes on unless we have some kind of educational and service access intervention.

In 1983 the federal government spent \$200 million on treating STDs. In 1985 the cost of treating AIDS alone was \$192.6 million. I have one other interesting statistic from Health and Welfare and the researcher made me promise to be very careful with this number. In 1989 the estimated cost to the federal government of treating pelvic inflammatory disease alone was an estimated \$105,522,905.

Government reports continually call for preventive educational programming, whether they are reports from Health and Welfare Canada, from a royal commission, or from a task force. Millions of dollars are spent on doing this kind of research, which calls for the same kind of programming over and over again, yet when it comes to finding dollars to implement the results of those reports we're told there's no money.

A joke goes around in the community of those of us who are delivering services that 90% of funding seems to be going for promotion and 10% for services. So we'll spend 90% of a dollar on announcing the program and then 10% on actually putting it into place.

Our plans for this project over the short term are to do as much as we possibly can with the bit of funding we have left. We will produce catalogues and resources and we will get them out to the community. When the Minister of Health refused to meet with us and when the Deputy Minister of Health told us that there was no more money, we had a couple of choices. One, of course, was to return the money to the government and say let's not waste any more.

[Traduction]

Montréal. Ils ont reçu un don de 20,000\$ de la société Berlex. La firme Syntex nous a donné 5,000\$. Les sociétés nous aident dans une certaine mesure, mais ce n'est pas suffisant. D'après des renseignements que nous tenons de personnes qui ont travaillé à l'établissement de ce genre de centres d'information par le passé, nous savons que le projet pourrait s'autofinancer dans 10 ans, mais il nous faudra obtenir une aide constante pour les activités relatives à l'information.

Même si nous visons l'autonomie, nous avons besoin d'aide gouvernementale à court terme pour poursuivre le projet. Lorsqu'on nous dit qu'il n'y a plus d'argent, nous avons beaucoup de difficulté à comprendre. Voici un bref aperçu de ce qu'il en coûte de ne pas mettre en oeuvre des programmes de prévention.

Selon vos propres études, une province, l'Alberta, dépense 20 millions de dollars par année pour prendre soin des mères adolescentes célibataires et de leurs enfants. C'est ainsi que se perpétue un cycle d'assistance publique souvent sans fin. La jeune mère doit vivre des prestations de bien-être social, abandonner l'école et mettre au monde un enfant. En moins de six mois, s'il n'y a pas d'intervention, elle aura un deuxième enfant, selon une étude réalisée en Saskatchewan. Le seul moyen de briser ce cycle, c'est d'accroître l'accès à l'éducation et aux services.

En 1983, le gouvernement fédéral a consacré 200 millions de dollars au traitement des MTS. En 1985, le traitement du sida a coûté à lui seul 192,6 millions de dollars. J'ai aussi en mains une statistique intéressante de Santé et Bien-être social, et j'ai promis au chercheur d'utiliser ce chiffre avec beaucoup de prudence. En 1989, on a estimé à 105,522,905\$ la somme que le gouvernement fédéral a consacré au traitement des salpingo-oo-phorites.

Dans ses rapports, le gouvernement réclame continuellement des programmes d'éducation préventive, qu'il s'agisse des rapports de Santé et Bien-être social Canada, ou de ceux des commissions royales ou des groupes de travail. Des millions de dollars sont consacrés à ce type de recherches, qui soulignent encore et toujours la nécessité de créer de tels programmes. Cependant, quand vient le moment de trouver l'argent pour mettre en oeuvre les résultats de tels rapports, on nous dit que les coffres sont vides.

Il semble que 90 p. 100 des fonds aillent à la promotion et 10 p. 100 aux services, c'est un air bien connu chez ceux d'entre nous qui travaillent à la prestation de services. Par conséquent, de chaque dollar, nous dépenserons 90c. pour la publicité du programme et 10c. pour sa mise en oeuvre réelle.

À court terme, nous prévoyons de consacrer à ce projet la plus grande partie possible des fonds qui nous restent. Nous produisons des catalogues et des documents d'information que nous diffusons dans la collectivité. Après que le ministre de la Santé a refusé de nous rencontrer et que le sous-ministre de la Santé nous a dit qu'il n'y avait plus de crédit, nous avons deux choix. Le premier, évidemment, était de rendre l'argent au gouvernement pour

[Text]

The second one was to proceed and show what we could do with the kind of money that we have and try to get private individual support and continue to lobby for government support for this program.

• 1610

I want to emphasize one more time that without the support of government we cannot keep this project going. The need is too great. We would burn ourselves out and I think the entire organization would fail. However, we've hit a stone wall in dealing with resources and we need your help in order to keep this idea alive. We ask you how you could help us with this.

The Chair: Before we have questions, I wonder if we could get this motion passed regarding the trip to Washington. It's been circulated to you. I just want to make sure we have a quorum so that I can get that done. It would allow Barbara Reynolds to travel with us. The Board of Internal Economy wants us to use our contract consulting budget. Can I have a motion?

Ms Black (New Westminster—Burnaby): I so move.

Motion agreed to

The Chair: Questions. Dr. Pagtakhan.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Thank you, Madam Chairman. Thank you for your appearance before the committee. Of course, I have met with you before and I have indicated my support for your program. I would just like to further clarify something for the record.

You indicated that your program can be self-sufficient in a decade. Do you have a document that you have completed and have you submitted that to the government? Notwithstanding that projection, it still told your group that there is no funding. Am I correct?

Ms Johnson: Yes.

Mr. Pagtakhan: The total amount that you had indicated had been spent for pelvic inflammatory disease, AIDS and other types of sexually transmitted diseases truly amounts to millions of dollars. If perhaps it had been spent in prevention, I'm convinced it would have reduced those diseases drastically. Expenditures for such a program as SIRCH will truly be an investment of not only money but human lives, which is even more important. I support this.

Now, you have asked what this committee can do. There is a real challenge before us. I will think aloud. One approach would be for this committee to pass a motion today. I would be prepared to move that motion at the appropriate time to support this initiative for funding as has been presented to us this afternoon. I will pause at this time. Thank you, Madam Chairman.

Mrs. Sparrow: Before I ask a question, I would like some clarification, Dr. Pagtakhan. Was there a dollar value put on that, Bonnie?

Ms Johnson: Did we put a value on what we would need to operate this for one year? Yes.

[Translation]

qu'on n'en gaspille pas davantage. Le deuxième était de continuer et de montrer ce que nous arriverions à faire avec l'argent dont nous disposons, et d'essayer d'obtenir du financement venant de sources privées, tout en continuant d'exercer des pressions auprès du gouvernement pour qu'il appuie le programme.

Je le répète: sans l'appui du gouvernement, ce projet ne peut être maintenu. Il est trop exigeant. Nous nous épuiserions, et c'est toute l'organisation qui manquerait à sa mission. Mais, pour obtenir des fonds, nous nous sommes butés à un mur et nous avons besoin de votre aide pour survivre. Nous vous demandons comment vous pouvez nous aider.

La présidence: Avant de passer aux questions, j'aimerais que l'on adopte la motion au sujet du voyage à Washington. Le texte vous a été remis. Je veux que l'on règle cela pendant que nous avons le quorum. La motion permettrait à Barbara Reynolds de nous accompagner. Le Bureau de régie interne veut que nous nous servions du poste prévu pour les marchés de consultation. Quelqu'un peut-il déposer la motion?

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Je dépose la motion.

La motion est adoptée

La présidence: Passons aux questions. Monsieur Pagtakhan.

M. Pagtakhan (Winnipeg—Nord): Merci, madame la présidente. Je vous remercie d'être venus devant le comité. Je vous ai évidemment déjà rencontré et je vous ai dit que j'appuyais votre programme. Je voudrais cependant apporter une précision pour les besoins du compte rendu.

Vous avez dit que votre programme pourrait se financer lui-même en dix ans. Avez-vous remis au gouvernement un document l'attestant? Et malgré cette prévision, le gouvernement vous a quand même dit qu'il n'y avait pas de fonds, n'est-ce pas?

Mme Johnson: En effet.

M. Pagtakhan: Vous avez dit que le montant total consacré à la salpingo-oophorite, au sida et à d'autres maladies transmises sexuellement s'élève à des millions de dollars. Si cet argent était allé à la prévention, je suis certain qu'on aurait réduit le nombre de cas de ces maladies de façon spectaculaire. Investir dans des programmes comme celui du CIRCS, c'est investir dans la vie humaine et c'est ce qui importe. Je suis pour.

Vous nous avez demandé ce que le comité peut faire. Ce n'est pas facile. Je pense tout haut. Par exemple, le comité pourrait adopter une motion aujourd'hui. Au moment opportun, je serais prêt à proposer une motion en faveur du financement du projet qui nous a été présenté cet après-midi. Je m'arrêterai là pour le moment. Merci, madame la présidente.

Mme Sparrow: Avant de poser une question, je voudrais un éclaircissement, docteur Pagtakhan. A-t-on calculé cette somme, Bonnie?

Mme Johnson: Avons-nous calculé ce qu'il nous faudrait en frais de fonctionnement pour une année? Oui.

[Texte]

Mrs. Sparrow: The Sexuality Information Resource Centre and Clearinghouse.

Ms Johnson: Yes, there's a proposal that I believe you have a copy of, with a budget at the back of it.

Ms Black: It hasn't been circulated.

Ms Johnson: Okay. There are copies at the front that we brought. We asked for \$514,000 for one year of operation. Given that other clearing-houses work with at least double that amount of money, and that Ontario operates a literacy clearing-house for just Ontario for \$1 million a year, we find that we're really asking for a very small amount of money.

Mrs. Sparrow: Have you approached the province? I believe this comes under social services, which is a provincial responsibility. I wonder if you've talked to provincial social service ministers.

Ms Johnson: We are beginning to talk to provincial health ministers, not social services ministers. In fact, the Deputy Minister of Health suggested that we go to the provinces for funding for this. It is difficult to do that. We are such a small organization that to be able to get out to the provinces is extremely difficult. But we do have that in motion, in that our board members are setting up meetings with the provincial ministers of health. We have met with the provincial minister of health from Nova Scotia. They are very supportive of it so far. They recognize the need for it, and their health studies as well as the national health studies are saying we must put more money into education and prevention.

• 1615

But they are saying they don't have money for national programs. How do you get that working? If Nova Scotia gives us \$100,000, would we just produce for Nova Scotia?

Mrs. Sparrow: Probably. That is what they would want.

Ms Johnson: That is what we are trying to get away from. We are trying to say it can be done more economically by having a networking process that gets it across the country, and not just a little bit for one province or a little bit for another province.

The other question that raises is national standards. If a province can't afford to do this, does that mean they don't get it? We see this very clearly as being a federal responsibility. It is just—

Mrs. Sparrow: The other side of that coin is that with regard to provinces implementing and giving the health services to the province, it is a provincial jurisdiction, and of course they are free to implement and provide the services and the measures that they feel are necessary.

May I ask Dr. Barwin a question? I think you appeared in September before the Royal Commission on Reproductive Technology. I don't know, but from reading the commission's mandate, I think it's possible that a lot of what you and

[Traduction]

Mme Sparrow: Pour le Centre d'information et de ressources sur la sexualité.

Mme Johnson: Oui, il existe une proposition accompagnée d'un budget, dont vous avez un exemplaire.

Mme Black: On ne l'a pas fait circuler.

Mme Johnson: Je vois. Nous en avons mis des exemplaires en avant. Nous avons demandé 514,000\$ pour couvrir les frais d'exploitation d'une année. Étant donné que les autres centres d'information ont au moins deux fois ce budget et que l'Ontario affecte un million de dollars par année au Centre d'information sur l'alphabétisation, qui ne s'occupe que de cette province, nous jugeons que nous demandons bien peu.

Mme Sparrow: Avez-vous communiqué avec la province? Cela est du ressort des services sociaux, qui relèvent des provinces. En avez-vous discuté avec les ministres des Services sociaux des provinces?

Mme Johnson: Nous avons commencé à contacter les ministres provinciaux de la Santé, pas les ministres des Services sociaux. Le sous-ministre de la Santé nous a même conseillés de nous adresser aux provinces pour obtenir du financement. C'est difficile. Notre organisation est tellement petite qu'il est extrêmement difficile de nous adresser aux provinces. Mais les choses sont en marche, en ce sens que les membres du conseil sont en train d'organiser des réunions avec les ministres provinciaux de la Santé. Nous avons rencontré le ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Il est tout à fait pour et reconnaît le besoin; les études réalisées dans cette province et au ministère de la Santé nationale montrent qu'il faut consacrer beaucoup plus de fonds à l'information et à la prévention.

Mais on nous dit qu'il n'y a pas d'argent pour les programmes nationaux. Comment est-ce que cela peut se faire? Si la Nouvelle-Écosse nous donnait 100,000\$, est-ce qu'on ne travaillerait que pour la Nouvelle-Écosse?

Mme Sparrow: J'imagine. C'est ce que voudrait la province.

Mme Johnson: C'est justement ce que nous voulons éviter. Nous essayons de faire comprendre que ce serait plus économique si l'on constituait un réseau national au lieu de faire quelque chose dans chaque province.

Cela soulève aussi la question des normes nationales. Si une province n'a pas les moyens nécessaires, doit-on conclure qu'elle n'en profite pas? Pour nous, c'est de toute évidence une responsabilité fédérale.

Mme Sparrow: L'envers de la médaille, c'est que la mise en oeuvre des services de santé dans la province relève d'elle, et elle a toute latitude pour offrir les services qu'elle juge nécessaires.

Je peux poser une question au D^r Barwin? En septembre, vous avez comparu, je crois, devant la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction. D'après ce que je sais du mandat de la

[Text]

Bonnie have been presenting to us today might come under their criteria—certainly sexually transmitted diseases and sexuality awareness and infertility. Was some of your proposal to them the need for a national system, a national program?

Dr. Barwin: Yes, indeed. We have already a golden opportunity when you think in terms of the preventive aspect of trying to teach responsible sexuality and the use of contraception, because that is the only way you are going to prevent sexually transmitted disease. No other organization has... we have the national clearing-house on AIDS and the whole question of sexually transmitted disease, but we are the only organization that can cover the combined aspects of contraception, responsible sexuality, AIDS prevention and sexually transmitted disease by the combination of the education programs we offer. We can encompass this broad dimension.

I too have just submitted a brief at the request of the Royal Commission on Reproductive Technology. I am happy to say the second draft will be in tomorrow. The brief is on contraceptive-related infertility, to see what the relationship of contraception to subsequent infertility is.

In fact, in all of the literature that I surveyed, and I reviewed over 350 books and journals, the key issue—the underlying picture—was that of sexually transmitted disease, monogamy versus non-monogamy. We couldn't really blame any specific contraceptive as such; it seemed to be related to whether the person was monogamous or not.

However, it was found that when barrier methods were recommended and used, sexually transmitted disease could be substantially reduced, and thus infertility and maybe the need for so many of the reproductive technologies could be reduced as well. They are not all preventable—there are some congenital causes—but certainly the vast majority are preventable. Here again, we have another avenue where we can have such a tremendous impact. As one who deals with these patients every day, I can assure you there is nothing more devastating than being childless, just as there is the other extreme of the unintended pregnancy, which can also add a devastation to their lives.

So we are really in a position to deal with both aspects of the spectrum.

The other reason I wanted to endorse Bonnie's claim... I think we have seen that in terms of national clearing-houses, most of them have been national, and those are the ones... I think in Ontario the only example has been the literacy clearing-house. Most of them have been federal, because it seems that thereby you can implement Canada's standard of the health act, universal access to care.

The big plus of this particular program is the information that is given. There is such a need for this kind of information—this lack of information is really is quite disastrous. I have one hour to teach my medical students family planning, and if you expect a physician... I do an adolescent gynaecology clinic every Wednesday afternoon, I have given it up this afternoon. We try to teach and counsel kids about family planning. With only one hour of teaching,

[Translation]

commission, il me semble que beaucoup des choses que Bonnie et vous nous avez présentées aujourd'hui entrent dans son champ de compétence; c'est sûrement le cas des maladies transmises sexuellement, de l'éducation sexuelle et de l'infertilité. Dans votre proposition, avez-vous parlé d'un réseau national?

Dr Barwin: Oui. C'est une occasion en or de faire de la prévention, de responsabiliser les gens sur le plan de la sexualité et de l'usage des contraceptifs, ce qui est la seule façon de prévenir les maladies transmises sexuellement. Aucune autre organisation... Il y a bien le Centre d'information national sur le sida et les MTS, mais nous sommes la seule organisation à nous occuper à la fois de la contraception, du comportement sexuel responsable, de la prévention du sida et des MTS grâce à l'ensemble de nos programmes d'information. Nous nous occupons de toute la question.

À l'invitation de la Commission royale d'enquête sur les nouvelles techniques de reproduction, j'ai moi aussi déposé un mémoire. La deuxième version du mémoire lui parviendra demain. Il porte sur l'infertilité reliée à l'emploi des contraceptifs.

Dans tous les documents que j'ai consultés—plus de 350 ouvrages et revues spécialisées—la question dominante était celle des maladies transmises sexuellement et de la monogamie par opposition à la non-monogamie. Il n'a pas été possible de rejeter le blâme sur une forme ou une autre de contraceptifs. Tout dépend, semble-t-il, du nombre de partenaires.

Toutefois, on a constaté que l'emploi de méthodes de contraception dites de barrière permettait de réduire considérablement la propagation des maladies transmises sexuellement et, partant, l'infertilité; on aurait ainsi moins besoin d'un grand nombre de nouvelles techniques de reproduction. On ne peut pas prévenir tous les cas—certains sont attribuables à des malformations congénitales—mais l'immense majorité des cas peuvent l'être. C'est là encore une nouvelle option qui pourrait avoir des effets immenses. Moi, qui ai affaire avec ces patients tous les jours, je peux vous assurer qu'il n'y a rien de plus dévastateur que l'infertilité, sauf, à l'autre extrême, la grossesse non souhaitée.

Nous sommes donc en mesure de nous occuper des deux situations extrêmes.

L'autre raison pour laquelle je voulais appuyer ce que disait Bonnie... Les centres d'information sont pour la plupart nationaux... Il n'y a qu'en Ontario où le centre d'information sur l'alphabétisation n'existe qu'à l'échelle provinciale. La plupart d'entre eux relèvent du gouvernement fédéral puisque c'est de cette façon que l'on peut appliquer le critère de la Loi sur la santé relatif à l'universalité de l'accès aux soins.

Le gros avantage de ce programme, c'est l'information qu'il permet de diffuser. On a tellement besoin de ce genre d'information—son absence peut avoir des effets désastreux. Je n'ai qu'une heure pour enseigner à mes étudiants de médecine le planning familial, et si vous vous attendez à ce qu'un médecin... Je tiens une clinique de gynécologie pour adolescentes tous les mercredis après-midi et j'ai dû y renoncer aujourd'hui. Nous essayons d'enseigner le planning

[Texte]

many physicians are not completely equipped, nor do they have the time, to do this. So we do need the voluntary agencies, the brochures, the videos and the counselling to support this kind of preventive program.

• 1620

Mrs. Sparrow: With regard to that, Dr. Barwin, are you looking at the school system as being the vehicle or do you foresee this as being a stand-alone?

Dr. Barwin: From the needs assessment it seemed that the schools were also in dire need of information and materials. Many Planned Parenthoods do go into the schools and act as resources to the schools, but the underlying need, the statistic—over 60% of schools, as I recall, said that adequate resource materials were not provided, whether videos or other resource materials.

I think the brochures going out from the Planned Parenthoods are serving an important function, in addition to the education that kids are getting in the schools. Many teachers and public nurses are equipped to teach aspects of the anatomy and physiology of sexuality, but having a non-judgmental person who is not part of the school system can have many benefits as well, because you come in with another opinion. We hope to work in liaison with the schools. Certainly the need for information is very apparent.

Mrs. Sparrow: Is there a lot of co-operation, or do you find that some school boards just give a flat no to sexuality education or awareness?

Dr. Barwin: I have been involved with Planned Parenthood in Ottawa for many years. We have a troupe called Inside Theatre which dealt with all aspects of problems confronting teenagers, including drugs, divorce of parents, sexual abuse, incest, contraception, unintended pregnancy and so on. There were short skits with vignettes and scenarios. The schools have accepted them overwhelmingly.

We have come to terms with them that the public health nurses will provide some of the information. Although they are using many of the resources from Planned Parenthood, the public health nurses, certainly in the Ottawa-Carleton area, are providing some of the services. We now have five birth control clinics in the high schools. These were started five years ago. They are actually run by the Public Health Department but much of the resource material is Planned Parenthood information.

Ms Johnson: The major user would be the schools, and they are willing to pay for it. The money would come from the provinces and that is why they project that this will be self-sufficient within 10 years.

Mrs. Sparrow: Some parents do not want their youngsters exposed to sexuality education. Is this a problem for you?

[Traduction]

familial aux jeunes. Avec une heure de cours seulement, beaucoup de médecins sont insuffisamment préparés, sans compter qu'ils n'ont pas le temps qu'il faut. C'est pourquoi il faut des organismes de bénévoles, des brochures, des vidéos et du counselling pour monter un programme de prévention comme celui-ci.

Mme Sparrow: Vous êtes-vous tourné vers le système scolaire ou concevez-vous votre programme comme un programme autonome?

Dr Barwin: D'après l'analyse des besoins, il semble que les écoles aussi aient énormément besoin d'information et de documents. De nombreux représentants de Planning des naissances vont dans les écoles comme personnes-ressources, mais il reste que 60 p. 100 des écoles ont déclaré ne pas avoir suffisamment de documents, sous forme de vidéos ou autres.

Les brochures de Planning des naissances jouent un rôle important et viennent s'ajouter à l'enseignement que les jeunes reçoivent à l'école. Beaucoup d'enseignants et d'infirmières ont ce qu'il faut pour inculquer des notions d'anatomie et de physiologie de la sexualité, mais il est aussi bon de faire venir quelqu'un de neutre qui n'appartient pas au système scolaire et qui peut exprimer une autre opinion. Nous espérons travailler en collaboration avec les écoles. Chose certaine, le besoin d'information est très évident.

Mme Sparrow: Y a-t-il beaucoup de collaboration ou y a-t-il des conseils scolaires qui opposent un non catégorique à l'éducation sexuelle?

Dr Barwin: Je travaille au Planning des naissances d'Ottawa depuis plusieurs années. Nous avons une troupe de théâtre, le Théâtre des Lueurs, qui parle de tous les problèmes auxquels les adolescents sont aux prises: drogue, divorce des parents, agressions sexuelles, inceste, contraception, grossesses non souhaitées, etc. On monte de petites scénettes que les écoles ont très bien accueillies.

Nous nous sommes entendus avec elles, de sorte que ce sont les infirmières qui donnent une partie de l'information. Même si elles se servent de beaucoup de moyens offerts par le Planning des naissances, ce sont les infirmières qui, dans la région d'Ottawa-Carleton en tout cas, offrent une partie des services. Il y a maintenant cinq centres de limitation des naissances dans les écoles secondaires. On a commencé il y a cinq ans. Ils sont dirigés par le service d'hygiène publique, mais une grande partie des documents viennent de Planning des naissances.

Mme Johnson: Les écoles sont nos principaux clients et elles sont prêtes à déboursier. Les fonds viendraient de la province, et c'est pourquoi l'on pense que le programme se financerait de lui-même en dix ans.

Mme Sparrow: Certains parents ne veulent pas que leurs enfants suivent de cours d'éducation sexuelle. Est-ce un problème que vous avez rencontré?

[Text]

Ms Johnson: Many parents are frightened of the whole area. I come from Saskatchewan, and if there is any province where they are frightened, it is Saskatchewan. When parents are frightened and do not want it... When we go into the school, sit the parents down and show them what kinds of programs we run, I have never had a parent turn it down.

So there is some fear and misunderstanding. That is true. Unfortunately, that kind of fear and misunderstanding has meant that we do nothing, and our children suffer from that. We cannot allow that fear to dictate what we do in this area in this country. Our children are too precious.

Dr. Barwin: I would agree with you. To use a local example, in the Carleton Board of Education, when we wanted to establish birth control clinics... there was a lot of opposition from a small group of parents. We called a PTA meeting, met with the parents and then with the teachers. In fact, I made a presentation to the Carleton Board of Education on the need for preventive programs. They are teaching that it is okay to say no, and so on. Eventually the program was approved, but you are right, there is a cluster of parents who are still frightened by this issue and there are two sides to the coin. Is this reaction the result of a hidden agenda with that particular parent? Or is it something that—and they do have the option not to allow their children to be part of a class or program.

• 1625

Ms Phillips: I would like to briefly add to that statement. SIRCH will be very much a responsive organization, so I am receiving quantities of letters almost every day that are requesting information. They are from the Yukon, from Saskatchewan, and from all over Canada. I am receiving lots of requests from teachers who are already teaching and say they have to teach a sexuality class and don't know where to get the information or what resources are available.

So we are not going to promote and not going to say we are going to send people in to schools and tell teachers they have to teach sex ed. We just want to be able to tell these people who are already doing the teaching, and to provide them with appropriate resources with which to teach the classes.

We are not making the decision to promote sex education in the schools, because it is already happening. So, for the schools that have already taken that decision, in which we have had no part, we want to make sure the resources they are using are good quality, appropriate to the populations they are dealing with, not American and not culturally inappropriate. That is SIRCH's main concern, so it is very much a response situation that we are dealing with.

Ms Black: Welcome to the committee. It is a pleasure to see you all again today.

I wanted to get back to the history of SIRCH, to the money you have received, and to where you are now, because the material you've sent has not been circulated to us and we won't receive it for a few days. So it is important to get the historical perspective on the record.

[Translation]

Mme Johnson: Cela fait peur à bien des parents. Je viens de la Saskatchewan, et s'il y a une province où l'on est craintif, c'est bien là. Lorsque les parents ont peur et n'en veulent pas... Quand nous allons dans les écoles, nous rassemblons les parents et nous leur montrons notre programme; il ne m'est jamais arrivé qu'un parent dise non.

Oui, il y a de la peur et un manque de compréhension. Malheureusement, il est arrivé qu'à cause de cela, nous ne fassions rien, et ce sont nos enfants qui en souffrent. Il ne faut pas laisser la peur dicter notre conduite. Nos enfants sont trop précieux.

Dr Barwin: Je suis d'accord avec vous. Prenons un exemple local. Au Conseil scolaire de Carleton, lorsque nous avons voulu créer des centres de limitation des naissances... un petit groupe de parents s'est vigoureusement opposé à l'idée. Nous avons convoqué l'Association parents-maîtres, et nous avons rencontré les parents puis les enseignants. J'ai fait un exposé devant le Conseil scolaire de Carleton sur la nécessité d'organiser des programmes de prévention. Dans les écoles, on leur dit qu'il n'y a rien de mal à dire «non». Au bout du compte, le programme a été approuvé, mais vous avez raison: il y a toujours un petit nombre de parents que la question continue d'effrayer et il y a effectivement deux côtés à la médaille. La réaction du parent est-elle motivée par des raisons personnelles? S'agit-il... Sans compter qu'ils ont le droit de refuser à leurs enfants l'autorisation de participer aux cours.

Mme Phillips: Je voudrais ajouter quelques mots à ce qui vient d'être dit. Le CIRS sera une organisation à l'écoute des besoins: presque chaque jour, je reçois quantité de lettres où l'on demande de l'information. Elles viennent du Yukon, de la Saskatchewan et du reste du pays. Je reçois beaucoup de demandes d'enseignants qui donnent un cours de sexualité mais qui ne savent pas où trouver l'information ni quelles ressources leur sont offertes.

Ce n'est pas nous qui irons dans les écoles pour dire aux enseignants qu'ils doivent donner un cours sur la sexualité. Nous voulons plutôt donner aux enseignants les moyens de donner leur cours.

Nous n'allons pas faire la promotion de l'éducation sexuelle dans les écoles; cela se fait déjà. Nous voulons nous assurer que les écoles qui ont déjà pris cette décision, dans laquelle nous n'avons rien eu à voir, ont des documents de qualité adaptés à leur clientèle, qui ne viennent pas des États-Unis et qui sont conformes au vécu culturel. C'est notre préoccupation première: nous sommes là pour répondre aux besoins.

Mme Black: Bienvenue au comité. C'est un plaisir pour moi que de vous revoir aujourd'hui.

Je veux revenir sur les origines du CIRS, les fonds que vous avez reçus et votre situation actuelle; les documents que vous nous avez envoyés ne nous ont pas été remis et nous ne les recevrons pas avant quelques jours. C'est pourquoi il importe de bien établir vos antécédents.

[Texte]

You indicated that \$314,000 had been forwarded from the federal government. I presume that amount was to set up the program and bring the resources together. How far along in that process are you now? Has all that work been done? Have you got an operation that is ready to go?

Mrs. Sparrow: Pardon me, was the figure \$514,000?

Ms Johnson: It was \$314,000, consisting of \$264,000 and an additional \$50,000 that we were given. The original proposal called for \$264,000 and we were given an extra \$50,000 last year to get the operation started.

Gillian can best respond to questions on where the project is now.

Dr. Barwin: I just wanted to remind the committee that we did submit this proposal in 1985, so the amount was in 1985 dollars and I think there has been quite a change in the dollar amount. The money we were granted was based on our original proposal and there is quite a difference between reality in the years 1989 to 1991, as we all know so well, and the amount that was requested at that time.

Ms Phillips: The original proposal allocated three years of funding to carry out a national feasibility study, which was the document I mentioned earlier, and finally, having proved there was indeed a need across the country, to begin setting up the clearing-house itself.

So the final year of that three-year funding has essentially been to begin the setting up, to generate policies, to begin the convening of national committees for various aspects of the clearing-house, and to buy equipment to set up a clearing-house in a practical way, with databases and the beginnings of the service infrastructure. We have just enough funds left to hire staff to produce the first few publications that were identified as priority publications to serve priority sectors of the population.

My position began last June, and my understanding was that there was a commitment in theory and that there would be ongoing funding, which obviously puts us in a dilemma because we have now started to offer these services and to produce publications.

We would like to work on collaborative projects with school boards, for example, and would really like to start producing resources that school boards need, working with curriculum consultants and with sex educators in the school boards. But we are unable to do that because we have no long-term—

• 1630

Ms Black: Operating funds.

Ms Phillips: —commitments for funding.

Ms Black: At this point you have finished your feasibility study.

Ms Phillips: That's right.

Ms Black: You know of the need. You know where to direct the resources that you have to put together.

[Traduction]

Vous dites que 314,000\$ vous ont été versés par le gouvernement fédéral. J'imagine qu'il s'agissait d'un fonds destiné à créer le programme et à obtenir les ressources. Où en êtes-vous? Tous les préparatifs sont-ils achevés?

Mme Sparrow: Excusez-moi, le chiffre était-il de 514,000\$?

Mme Johnson: La somme était de 314,000\$. Il y avait 264,000\$, auxquels s'est ajouté un don de 50,000\$. Dans la proposition initiale, nous avions demandé 264,000\$ et on nous a donné 50,000\$ de plus l'année dernière pour servir à la mise en route.

C'est Gillian qui peut le mieux répondre aux questions sur l'état actuel du projet.

Dr Barwin: Je tiens à vous rappeler que cette proposition a été faite en 1985, en dollars de l'époque, ce qui a bien changé depuis. La somme qui nous a été accordée était basée sur notre proposition initiale et la situation a bien changé entre 1989 et 1991, comme nous le savons tous.

Mme Phillips: Dans la proposition initiale, nous avions prévu trois années de financement pour réaliser une étude nationale de faisabilité. C'est le document dont j'ai parlé tout à l'heure. Elle a montré qu'il y avait un besoin à l'échelle du pays et qu'il fallait créer ce centre d'information.

Les fonds de la troisième année ont financé le début de notre installation, l'élaboration de politiques et la constitution de comités nationaux chargés des divers aspects du centre d'information; on a aussi acheté du matériel, des bases de données et créer l'infrastructure de services. Il nous reste juste ce qu'il faut pour embaucher du personnel et préparer les premières publications destinées à répondre aux besoins prioritaires.

Je suis entrée en fonction en juin dernier et j'avais cru comprendre que le financement était une chose acquise. Nous sommes évidemment dans une situation difficile puisque nous avons maintenant commencé à offrir des services et des publications.

Nous aimerions travailler en collaboration avec les conseils scolaires et produire pour eux des documents, et travailler avec les autorités chargées du programme ainsi qu'avec les sexologues des conseils scolaires. Toutefois, nous ne pouvons pas le faire car nous n'avons pas. . .

Mme Black: De budget de fonctionnement.

Mme Phillips: . . . d'engagements de financement à long terme.

Mme Black: Mais vous avez terminé l'étude de faisabilité.

Mme Phillips: C'est exact.

Mme Black: Vous connaissez donc le besoin et vous savez où affecter les ressources que vous avez pu obtenir.

[Text]

Ms Johnson: That's right. We have the committee set up as well.

Ms Phillips: We have various committees set up—

Ms Johnson: Across Canada.

Ms Phillips: Yes.

Ms Black: Do you have figures on what it would cost to operate? You said that within ten years you would be self-supporting in terms of getting the information out to the public but you would probably still need some support in research kinds of activities. Have you figures that show what it would cost for for yearly operation?

Ms Phillips: Yes.

Ms Black: What are you looking for from the government, in other words?

Ms Phillips: As Bonnie mentioned earlier, the proposal that will be circulated in a few days does have a figure of approximately \$500,000.

Ms Black: For how long?

Ms Phillips: This is a one-year—

Ms Black: For one year.

Ms Phillips: It says per year. Obviously, this will diminish as there is cost recovery associated with the publications.

Ms Black: At this point, from everything you have told us today, it would appear to me that if you do not get some ongoing operational funding then the \$314,000 that the government has already invested in this program—

Ms Phillips: Is lost.

Ms Black: Is lost?

Ms Phillips: Yes.

Ms Black: This does not seem like good economic management to me but maybe I am missing something. You gave us other figures. You talked about the cost of socially transmitted diseases and the kinds of funds that the federal government spends. The one I wrote down was \$105 million for PID. You emphasized that was an estimate for 1989 but it was \$105 million. Certainly, \$500,000 sort of pales in comparison.

The other figures you mentioned were figures for the treatment for AIDS. I think there is the whole issue of young women who have children before they are really prepared to have children. The social costs are enormous. There is obviously an economic argument to all that you are asking for as well as a very desirable social argument for everything you are asking for.

[Translation]

Mme Johnson: C'est exact. Nous avons également constitué les comités.

Mme Phillips: Nous avons organisé différents comités. . .

Mme Johnson: Dans tout le Canada.

Mme Phillips: C'est exact.

Mme Black: Avez-vous chiffré vos frais de fonctionnement? Vous avez indiqué que vous pensez pouvoir atteindre dans dix ans l'autonomie financière en ce qui concerne la diffusion de l'information dans le public; vous avez cependant ajouté que vous auriez probablement besoin d'une aide quelconque pour poursuivre vos travaux de recherche. Avez-vous établi un budget de fonctionnement annuel?

Mme Phillips: Oui.

Mme Black: Autrement dit, c'est ce que vous voulez que le gouvernement vous apporte?

Mme Phillips: Comme Bonnie l'a mentionné plus tôt, le projet qui sera communiqué dans quelques jours mentionne un montant d'environ 500,000\$.

Mme Black: Pour combien de temps?

Mme Phillips: C'est un budget annuel. . .

Mme Black: Pour un an.

Mme Phillips: Par an. Il est évident que ce montant se réduira au fur et à mesure que nous pourrions recouvrer les frais relatifs aux publications.

Mme Black: Donc, compte tenu de ce que vous nous avez dit aujourd'hui, il me semble que si vous n'obtenez pas de financement pour le fonctionnement de cette activité, les 314,000\$ que le gouvernement a déjà consacrés à ce programme. . .

Mme Phillips: Sont perdus.

Mme Black: Perdus?

Mme Phillips: Oui.

Mme Black: Ceci ne me semble pas être une bonne gestion financière, mais il y a peut-être quelque chose qui m'échappe. Vous avez mentionné d'autres chiffres. Vous avez parlé du coût des maladies transmises sexuellement et des montants dépensés par le gouvernement fédéral dans ce domaine. Je remarque dans mes notes un montant de 105 millions de dollars pour la salpingo-oophorite. Vous avez souligné que c'était une estimation datant de 1989, mais l'estimation était bien de 105 millions de dollars. Par rapport à ce chiffre, 500,000\$ semblent bien insignifiants.

Vous avez également mentionné les coûts correspondant au traitement du sida. Je pense également à la question des jeunes femmes qui ont des enfants avant qu'elles ne soient vraiment prêtes à en avoir. Les coûts sociaux sont énormes. Il est évident que l'on peut avancer des arguments économiques ainsi que des arguments sociaux fort valables pour justifier ce que vous demandez.

[Texte]

In your presentation today you have focused a lot on young people and their needs and the needs of young people in our schools for access to information. However, I read some results of some polling that really surprised me. That was that over 40% of adults in Canada felt that they did not have access to the kinds of information they required for contraception and family planning.

I don't think a lot of people, including members of the House of Commons, are aware that our adult population also feels a need for this kind of information. Have you any comments to make on that? Do you remember the study or the poll I am talking about?

Ms Johnson: No.

Ms Nancy Sunderland (Sexuality Information Resource Centre and Clearing House, Planned Parenthood Federation of Canada): I am very interested in that comment about adults not being aware. I started in Planned Parenthood as a volunteer 20 years ago. I lived in Yellowknife. In 1969 the federal government removed contraception from the Criminal Code. Then, after 1969, it was legal to talk about it.

I started in Yellowknife in what I thought was just sort of a counselling and information service. What I discovered was that the native people were unaware of the connection between intercourse and pregnancy. We can sit here and think, in our very upper middle class way, that we have solved the problem for adults in this country. There are many people in this country, however, who do not equate intercourse with pregnancy, let alone sexually transmitted diseases.

Dr. Barwin: There was a study for western Ontario done by Balakrishnan, who looked at age, ethnicity, religion and schooling and the relationship between those various factors. What they found was quite interesting. They found that the higher the level of education, ironically enough, the more frequent the use of contraception and of preventive practices. When you looked at contraceptive knowledge, it seemed to be right across the board. For those with university or college education it was an ongoing process, while those who went into the work force perhaps missed some of this.

[Traduction]

Dans votre exposé, vous avez mis l'accent sur les besoins des jeunes et plus particulièrement sur leurs besoins d'information dans le cadre scolaire. À ce sujet, j'attire votre attention sur les résultats d'un sondage, dont j'ai pris récemment connaissance et qui m'ont vraiment surpris. D'après ce sondage, 40 p. 100 des adultes, au Canada, estimaient qu'ils n'avaient pas accès aux renseignements dont ils avaient besoin au sujet de la contraception et de la planification des naissances.

Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de gens, y compris parmi les membres de la Chambre des communes, qui réalisent que notre population adulte estime également avoir besoin de ce genre de renseignements. Avez-vous des commentaires à ce sujet? Vous souvenez-vous de l'étude ou du sondage dont je viens de parler?

Mme Johnson: Non.

Mme Nancy Sunderland (Centre d'information et de ressources sur la sexualité, Fédération pour le planning des naissances du Canada): Cette remarque au sujet des adultes qui ne sont pas sensibilisés m'intéresse particulièrement. J'ai débuté à la Fédération pour le planning des naissances à titre de bénévole, il y a une vingtaine d'années. À l'époque, je vivais à Yellowknife. C'est en 1969 que le gouvernement fédéral a décriminalisé la contraception, dont on pouvait donc parler après 1969.

À mes débuts à Yellowknife, je croyais qu'il s'agissait d'un service de renseignements et de counselling. Mais ce que j'ai découvert, c'est que les autochtones ne réalisaient pas le lien entre les rapports sexuels et les grossesses. Nous pouvons croire ici, avec notre mentalité de gens aisés, que nous avons réglé ce problème au niveau des adultes. Et pourtant, il y a bien des gens dans notre pays qui n'établissent pas de rapport de causalité entre les rapports sexuels et les grossesses, et encore moins avec les maladies transmises sexuellement.

Dr Barwin: Balakrishnan a réalisé une étude portant sur l'ouest de l'Ontario, qui tenait compte de l'âge, de l'ethnicité, de la religion et du niveau de scolarité et qui examinait les liens entre ces différents facteurs. Les résultats ont été très intéressants. On a constaté en effet, ce qui peut paraître ironique, que plus la scolarité était élevée et plus le recours aux contraceptifs et aux pratiques préventives était fréquent. En ce qui concerne les connaissances relatives à la contraception, on retrouvait la même situation. Pour ceux qui poursuivaient des études postsecondaires, il s'agissait d'un processus continu alors que ceux qui allaient directement sur le marché du travail n'avaient peut-être pas certaines connaissances.

• 1635

He said it was quite interesting. He found also that religion didn't seem to have all that much of an impact in people's use of contraception, so there were some quite interesting statistics on the prevalence rates of different kinds of contraceptives, in addition to the knowledge. He did a survey of something like 6,000 people of different age groups, right up to 47 or 48 years of age, and found that there were gaps related to knowledge in all age groups.

Comme je l'ai dit, cette étude est très intéressante. Ce chercheur a également constaté que la religion n'affectait pas tellement les pratiques contraceptives, et l'étude donne quelques statistiques très intéressantes sur les taux de fréquence d'utilisation des différentes sortes de contraceptifs, statistiques qui s'ajoutent aux données sur les connaissances. L'étude a porté sur environ 6,000 personnes appartenant à diverses fourchettes d'âge, jusqu'à 47 ou 48 ans, et elle a révélé des lacunes dans le domaine des connaissances dans toutes les fourchettes d'âge.

[Text]

Ms Johnson: Just to bring another aspect into that question, I don't think we can expect uninformed teenagers to become informed adults. It just doesn't work. It doesn't happen. Then we have parents who are trying to teach their children about sexuality and they are a little bit confused or mixed up about it.

One of the aspects of this whole area that concerns Planned Parenthood is the diversity of the Canadian population. It is becoming more and more diverse as we look at larger and larger immigrant and refugee populations. Dr. Marion Powell, who has been working in this area for years in Toronto—and this is not research, just an opinion—feels very strongly that entrance into the health care system for many of the immigrant and refugee people occurs when they need an abortion. That is an appalling thing to have happen when you come to Canada.

One of the areas we talk about in our proposal is wanting to develop resources that are specific to the immigrant and refugee and native populations. These resources are absolutely non-existent in Canada at this time.

If we are looking at adolescent pregnancy rates, there is a misconception that we have pretty well handled it. If you look at our rates relative to international rates, Canada looks pretty good, thanks to a good system and to a not-so-good—but not bad—educational system. We have done a fairly good job of reducing adolescent pregnancy rates in the white middle-class urban population, but in 1979, when Statistics Canada still allowed us to do regional breakdowns, we found adolescent pregnancy rates in northern Saskatchewan were 204 per 1,000. Canada's average is 36. Colombia's is 78. So we have pockets in Canada where adolescent pregnancy rates are double those of developing countries, and we are doing nothing about it.

Mrs. Sparrow: Is that aboriginal territory, or...?

Ms Johnson: Yes, that would be native and aboriginal people. You can write that off and say it's cultural. I don't believe that for a minute.

Mrs. Sparrow: No.

Ms Johnson: It has to do with education and access to services.

Ms Black: When you talk about the rates in Canada and compare them world-wide, you can say they're quite good, but you can also compare them to specific countries and find they're not very good.

Ms Johnson: Absolutely.

Ms Black: When you compare the adolescent pregnancies of young women in Canada to young women in the Netherlands or in the Scandinavian countries, we are about five times higher.

Ms Johnson: Oh, yes.

[Translation]

Mme Johnson: J'aimerais examiner un autre aspect de cette question. En effet, je ne pense pas que l'on puisse s'attendre à ce que des adolescents ignorants deviennent des adultes bien informés. Les choses ne se passent pas ainsi. On pense également aux parents qui essaient de parler de sexualité à leurs enfants, alors qu'ils n'ont pas eux-mêmes des notions très claires à ce sujet.

Dans ce domaine, la diversité de la population canadienne a particulièrement retenue l'attention de la Fédération pour le planning des naissances. Compte tenu de l'importance croissante des immigrants et des réfugiés dans notre population, celle-ci devient de plus en plus diversifiée. Le Dr Marion Powell qui travaille dans ce domaine depuis des années à Toronto est convaincue—ce n'est pas la conclusion d'une recherche, simplement une opinion—que bon nombre des immigrants et des réfugiés ont affaire pour la première fois au système des soins de santé quand ils veulent recourir à un avortement. C'est extraordinaire quand on pense au Canada.

L'un des aspects du projet que nous proposons concerne la création de ressources qui répondraient aux besoins particuliers des immigrants, des réfugiés et des autochtones. Pour le moment, il n'y a rien dans ce domaine au Canada.

Si nous examinons les taux de grossesse chez les adolescentes, ce serait une erreur de croire que nous avons assez bien traité ce problème. Si l'on compare les taux observés dans différents pays, le Canada est en assez bonne place, grâce à un système d'éducation qui n'est pas merveilleux mais qui n'est pas trop mauvais. Nous avons réussi dans une proportion assez satisfaisante à réduire le taux de grossesse chez les adolescentes appartenant aux classes moyennes et à la population blanche. Mais, en 1979, Statistique Canada permettant encore la ventilation par région, nous avons constaté que ce taux dans le nord de la Saskatchewan était de 204 pour 1,000 personnes. Pour le Canada, la moyenne est de 36; pour la Colombie elle est de 78. Il existe donc au Canada des poches de population où le taux de grossesse parmi les adolescentes est le double de ce que l'on constate dans les pays en voie de développement, et nous ne faisons rien à ce sujet.

Mme Sparrow: S'agit-il d'un territoire autochtone, ou...?

Mme Johnson: Oui, il s'agirait d'une population autochtone ou autochtone. On pourrait dire qu'il s'agit d'un trait culturel et oublier cette situation, mais je n'en crois rien.

Mme Sparrow: Non.

Mme Johnson: Il s'agit d'éducation et d'accès aux services.

Mme Black: Quand vous parlez de ces taux au Canada et que vous les comparez à ceux de nombreux autres pays, on peut dire que nos résultats sont très satisfaisants; mais on peut également comparer notre taux à celui de certains pays particuliers, et la comparaison est alors beaucoup moins flatteuse.

Mme Johnson: Sans aucun doute.

Mme Black: Quand vous comparez le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada à celui observé en Hollande ou dans les pays scandinaves, notre taux est environ cinq fois plus élevé.

Mme Johnson: Oui, c'est bien cela.

[Texte]

Ms Black: So there is no doubt that we can make a lot of progress, and progress in specific cultural groups and aboriginal groups has a long way to go.

Ms Johnson: The lowest abortion and adolescent pregnancy rates in the world are in the Netherlands, which has the highest education and the best access to health care. I am preaching to the converted; you know that.

Ms Black: I have one other comment. When Mrs. Sparrow wondered if perhaps this program—I think you were asking if this program would not come under the mandate of the Royal Commission on Reproductive Technology, or if something might come out of that royal commission that would address this. I don't believe the mandate of the royal commission is to deal with information on family planning and birth control—contraceptives. The mandate of the royal commission is to look into reproductive technologies and their effects, both ethically and from a health point of view, on our society, so I am not sure it would fit into that royal commission.

Mrs. Sparrow: They certainly are dealing with teenage sex, pregnancy avoidance, and these sorts of things within their mandate.

Ms Johnson: As having longer-term consequences for the reproductive technologies, yes, but it will be another report. Is that \$25 million just going to sit on the table as well, and nothing happen in services? We've done enough in this area in terms of research. Report after report recommends the same thing. We're asking that you put some money into delivery.

• 1640

The Chair: I'd like to ask some questions too. I've already written you a letter supporting this project. I think it is an excellent project, but we have to be practical here. The department has a very limited budget and obviously would have to examine its priorities were it to fund this particular project.

Originally the concept had a private sector element, but it seems awfully small in your budget. You're talking about \$515,000 from Health and Welfare Canada, but only \$50,000 from fundraising. It seems to me that a lot of companies out there would be interested in this. My daughter has a program at her middle school in North York. They were given packages of information, and private sponsors and so on were involved. To me that seems to be a minimal target for fundraising.

Why is it so low? Couldn't this budget come down to something a little more realistic for a beginning project? Have other sources of funding been fully examined? Clearly some provinces could save a lot of money, because every province and the federal government is producing pamphlets. Health and Welfare Canada is producing and circulating pamphlets. They must have a staff allocated to that. Would that replace federal costs that are currently in that budget? If

[Traduction]

Mme Black: Il y a donc encore bien des progrès à faire, plus particulièrement à l'égard de certains groupes culturels précis et à l'égard aussi des autochtones.

Mme Johnson: C'est la Hollande qui a le taux le plus faible d'avortement et également de grossesse chez les adolescentes; c'est aussi le pays qui a le niveau de scolarité le plus élevé et qui offre le meilleur accès aux soins de santé. Je prêche à des convertis; vous le savez bien.

Mme Black: J'aurais un autre commentaire. M^{me} Sparrow se demandait si notre projet pourrait relever du mandat de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, ou encore si les résultats des travaux de cette commission pourraient concerner le problème que nous intéresse. Je ne pense pas que le mandat de cette commission porte sur l'information concernant la planification familiale et la contraception. Le mandat de la commission royale est d'examiner les techniques de reproduction et leurs conséquences pour notre société, tant du point déontologique que du point de vue de la santé, et je ne suis donc pas convaincue que la question qui nous intéresse fait partie de ce mandat.

Mme Sparrow: La commission traite pourtant bien, dans le cadre de son mandat, de l'activité sexuelle des adolescents, des méthodes de contraception et de ce genre de questions.

Mme Johnson: Pour ce qui est des conséquences à long terme pour les technologies de reproduction, oui. Mais il s'agira d'un autre rapport. Est-ce que ces 25 millions de dollars vont également rester inutilisés, sans que l'on crée des services? La question a été suffisamment étudiée. Les rapports se succèdent mais les recommandations ne changent pas. Nous demandons que l'on passe au financement de la prestation des services.

La présidence: J'ai, moi aussi, quelques questions. Je vous ai d'ailleurs déjà écrit pour vous signaler que j'étais en faveur de ce projet. Il est excellent, mais il faut toutefois être pragmatique. Le budget du ministère est très limité, et le financement du projet demanderait un examen des priorités ministérielles.

À l'origine, les grandes lignes du projet prévoyaient une contribution du secteur privé, mais le budget que vous proposez ne prévoit qu'une très petite contribution de ce secteur. Vous parlez d'une subvention de 515,000\$ provenant de Santé et Bien-Être Canada, et seulement 50,000\$ provenant de campagnes de financement. Il me semble qu'il serait possible d'intéresser bon nombre d'entreprises à ce sujet. Par exemple, ma fille est dans une écoles intermédiaire à North York. Des trousseaux d'information ont été distribuées dans son école et des commanditaires privés ont participé à cet effort. Il me semble que le moins qu'on puisse faire serait de cibler ce genre d'entreprises.

Pourquoi ce montant est-il si faible? Pour un projet qui n'en est qu'à ses débuts, ne pourrait-on pas arriver à un budget un peu plus réaliste? A-t-on examiné de près les autres sources de financement qui pourraient être approchées? Il est évident que certaines provinces pourraient réaliser des économies importantes car, tout comme le gouvernement fédéral, elles publient toutes des brochures de renseignements. Santé et Bien-Être Canada produit et diffuse

[Text]

your organization was looking after the distribution of these pamphlets, could federal savings be involved there?

Ms Johnson: Health and Welfare Canada's family planning program was eliminated in 1985—

The Chair: I know all about that but there is still spending on a lot of stuff.

Ms Johnson: —so there is no production of family planning materials from that department.

Ms Mary Huband (Board of Directors, Planned Parenthood Federation of Canada): Perhaps I could speak on the question of private-sector fundraising. As you all know, for years Planned Parenthood was fully funded by the federal government. We got a substantial grant every year and that is the way we operated. Over the last six or seven years that grant has slowly diminished. We now have a grant of about \$146,000 to see us through the year.

We are now having to raise money both to keep Planned Parenthood alive and for the SIRCH project. We are quite prepared to do that. We have engaged in that operation with some success, but not a great deal of success yet.

We have two people on staff who are working almost full-time raising funds for both Planned Parenthood Federation of Canada and for SIRCH. Every single member of the SIRCH committee has committed to raise funds from the private sector. Every board member, and there are 22 board members, has unanimously agreed not only to contribute to this project but to raise money.

None of us is a professional fundraiser. We're doing this from the experience we have had, and it's entirely new. Some of us have asked our brothers and our fathers and our mothers for money, and we have received it. So what I'm talking about is a fairly small base to begin with.

We're also looking into fundraising from corporations. One member of our board, the chairman of our resource development committee, is spending three or four days a week researching, writing proposals, looking into corporate fundraising and going with other board members to seek that kind of support. That work is ongoing, and we have had some successes, as you've heard. Berlex has given us \$20,000 and we have other small amounts of money coming in, so that fundraising is ongoing. But the \$50,000 mark in the budget is basically a realistic figure for this next year.

[Translation]

ses propres brochures. Ce ministère doit donc avoir une équipe affectée à ce travail. Est-ce que votre initiative pourrait permettre d'éliminer les dépenses fédérales actuellement consacrées à cette activité? Si votre fédération assurait la distribution de ces brochures, le gouvernement fédéral ne pourrait-il pas réaliser des économies?

Mme Johnson: Le programme de planification des naissances du ministère de la Santé et du Bien-être a été éliminé en 1985. . .

La présidence: Je le sais fort bien mais on continue cependant à dépenser dans bien des domaines.

Mme Johnson: Ce ministère ne publie donc plus de documents concernant le planning des naissances.

Mme Mary Huband (Conseil d'administration, Fédération pour le planning des naissances du Canada): Je pourrais peut-être dire quelques mots au sujet des campagnes de financement visant le secteur privé. Comme vous le savez, le gouvernement fédéral a financé la totalité du budget de notre fédération pendant des années. Nous recevions une subvention importante chaque année et nous avons fonctionné sur cette base. Au cours des six ou sept dernières années, cette subvention a été graduellement réduite, et nous recevons maintenant environ 146,000\$ pour financer nos activités pendant l'année.

Nous devons donc chercher d'autres sources de fonds pour assurer la survie de la planification des naissances et également pour notre projet CIRS. Nous acceptons cette situation et nous avons déjà obtenu quelques succès, mais ils sont très limités.

Nous avons deux employés qui travaillent à plein temps pour trouver des commanditaires tant pour la Fédération pour le planning des naissances du Canada que pour le CIRS. Tous les membres du comité chargé du CIRS se sont engagés à obtenir des contributions du secteur privé. Notre conseil d'administration compte 22 membres, et chacun d'entre eux s'est engagé, sans exception, non seulement à contribuer à ce projet, mais aussi à réunir des fonds.

Nous ne comptons pas de solliciteurs de fonds professionnels parmi nous. Nous comptons sur l'expérience que nous avons acquise, mais nous sommes des débutants. Certains d'entre nous se sont adressés à nos frères, à nos pères, à nos mères et ont reçu une contribution. Nous partons donc d'une base assez étroite.

Nous examinons également la question de la sollicitation des entreprises. L'un des membres de notre conseil d'administration, le président du comité de développement des ressources, consacre trois à quatre jours par semaine à la recherche, à la préparation de projets, à l'étude de la façon d'aborder les entreprises pour qu'elles fournissent des fonds, et, avec l'aide de d'autres membres du conseil d'administration, il s'efforce d'obtenir ce genre de soutien financier. Ce travail se poursuit sans arrêt et, comme vous le savez, nous avons obtenu quelques succès. Par exemple, Berlex nous a accordé 20,000\$ et nous avons reçu d'autres petites sommes. Ces activités se poursuivent. Mais le montant de 50,000\$ qui apparaît dans notre budget représente une estimation réaliste pour l'année prochaine.

[Texte]

[Traduction]

• 1645

Ms Johnson: There's a couple of points I'd like to add. One is that it is slow getting going; we've been doing this for one solid year now. I see that figure growing. During the first year of operation you make a lot of mistakes and learn a lot about fundraising, so I'm sure that number will grow as we're able to offer more. You don't get money from a corporation unless you can give them something back, so if we can manage to be seen nationally as an organization that is very high-profile, corporations will be more inclined to give us money and I think we'll receive more from them.

But we're hearing a few things from corporations. One is that they are branch plants of American companies and don't receive any money for communities. So we can't compare ourselves to what Planned Parenthood in the United States does in terms of community development. We're working on the problem by going to the national headquarters. We're making contacts with a group in the Netherlands in order to attend their meetings. This is the depth of the work you have to do to obtain that money.

The Chair: Could we just interrupt, because this testimony is rather repetitive. I've heard other people talk about how difficult it is to raise funds. I know, for example—

Ms Johnson: But one other thing that corporations are telling us is that Health and Welfare has already been to them, asking for money. We're competing with the government for the corporate dollar and that's very difficult to do.

The Chair: In the program my daughter attended, pamphlets and the other material she had were all sponsored by manufacturers of tampons. There's a huge market out there, consisting of producers of condoms and so on. Surely some of those people who have products they want people to use would be helpful in terms of sponsoring, literature and so on.

Ms Johnson: We're there, believe me.

Ms Phillips: I'd like to make the point that we've been doing a lot of corporate fundraising over the past year, and before I joined this organization I had been involved in fundraising for over 16 years.

The Chair: Well, we're all involved in fundraising.

Ms Phillips: Yes, I'm sure we've all suffered through it.

The reality of corporations at the present time is that they do consider sponsoring specific projects, so it's possible to get funding from a corporation to produce a directory of services, for example, or a pamphlet on contraception, but they are not prepared to support the core activities and organizational infrastructure that enable someone to produce that pamphlet. They'll sponsor something that will have their name on it and will be distributed across Canada, but they

Mme Johnson: Je pourrais ajouter quelques commentaires. Tout d'abord, le démarrage est lent; voilà une année que nous travaillons à cette question, et je constate que les chiffres augmentent. Pendant la première année, on commet beaucoup d'erreurs et on apprend beaucoup; je suis donc persuadée que ce montant va augmenter à l'avenir au fur et à mesure que nous aurons plus à offrir. Pour qu'une société accorde une contribution, il faut qu'on puisse lui offrir quelque chose et donc, si nous réussissons à devenir une organisation très visible dans tout le pays, les sociétés s'intéresseront davantage à nous, et je crois que nous recevrons alors des sommes plus importantes de ce secteur.

D'autre part, les sociétés nous ont également appris plusieurs choses. Tout d'abord, il s'agit de succursales d'entreprises américaines qui ne disposent pas d'un budget pour les activités communautaires. Nous ne pouvons donc pas comparer nos activités à ce que «Planned Parenthood» fait aux États-Unis au niveau du développement communautaire. Nous essayons de contourner cette difficulté en nous adressant directement au siège social de l'entreprise mère. Nous nous mettons actuellement en rapport avec un groupe en Hollande afin de pouvoir participer à ses réunions. C'est le genre de travail qu'il faut faire si l'on veut avoir accès à ces fonds.

La présidence: Permettez-moi de vous interrompre car je crois que ce témoignage devient répétitif. Nous avons entendu d'autres groupes nous parler des difficultés rencontrées quand on sollicite des fonds. Je sais, par exemple. . .

Mme Johnson: Mais, en outre, les sociétés nous disent qu'elles ont également été approchées par Santé et Bien-être qui sollicitait des fonds. Pour obtenir un financement du secteur privé, nous nous trouvons donc en concurrence avec le gouvernement.

La présidence: Dans le programme auquel ma fille participe, les brochures et autres documents qu'elle a reçus sont tous commandités par des fabricants de tampons. Il y a un énorme marché, où l'on trouve des fabricants de condoms et autres produits. Il me semble bien que certains de ces fabricants qui veulent vendre leurs produits pourraient commanditer vos activités, vous fournir des documents, etc.

Mme Johnson: Nous y travaillons, croyez-moi.

Mme Phillips: Je tiens à souligner que nous avons fait beaucoup d'efforts au cours de ces 12 derniers mois pour solliciter des fonds auprès des entreprises; d'ailleurs, avant de me joindre à la fédération, j'ai été impliquée dans des campagnes de financement pendant plus de 16 ans.

La présidence: Oui, nous participons tous à la sollicitation de fonds.

Mme Phillips: Oui, je suis sûre que nous en avons tous souffert.

Le fait concret c'est que les sociétés, actuellement, envisagent de parrainer des projets particuliers, et il est donc possible d'obtenir des contributions financières d'une société pour, par exemple, publier un annuaire de services, ou encore une brochure sur les contraceptifs. Par contre, les sociétés n'envisagent pas de financer les activités fondamentales et la structure de l'organisation, éléments qui permettent de produire la brochure qui serait commanditée. Une entreprise

[Text]

will not support on an ongoing basis the actual infrastructure that allows us to produce the product.

Also, although it's very much desirable to have corporate sponsorship, endorsement, and funding, I think corporations—as Bonnie says—don't do it for nothing and there's a great danger in relying very heavily on corporate funding when you have to promote, in a sense, the products of that corporation. My own ethics won't allow me to produce a pamphlet on contraception that promotes any particular pharmaceutical company's products and there's a fine line between doing so and not doing so.

The Chair: The other question is, what about the savings to other budgets? You mentioned that in your presentation. Clearly, there should be some savings to Health and Welfare Canada.

Ms Phillips: Savings in what way?

The Chair: In other budgets, because the department is now distributing pamphlets and information.

Dr. Barwin: I think the only pamphlets we're aware of in this area are those on AIDS, which come from the AIDS information clearing-house—

The Chair: There's that whole section on—

Dr. Barwin: —and those on sexual abuse. They are again from clearing-houses, but although a part of Health and Welfare, they are specific clearing-houses that have been established by the department. In a way, this area should be very much part and parcel of such a clearing-house, yet it is somehow being left to. . . They tell you to go and fend for yourselves.

I'll agree with you in terms of the pharmaceutical companies. As someone who's been involved in the pharmaceutical campaign, I know they do have excellent materials. When we were in Montreal yesterday afternoon, part of this was. . . As a physician it is difficult for me to go begging for money from pharmaceuticals, but they did give us \$20,000, based, I think, on the fact that they would get something out of it as well.

• 1650

They have superb packages. Part of our mandate was that we would review all the packages. As was said earlier, we don't want to reinvent the wheel. And you are right, they have a phenomenal program at York. We have tried to use that model for part of our Ottawa-Carleton program. They have tremendous resources, some of which they got from Tampax and Ortho and some of the pharmaceutical companies.

Indeed, part of yesterday's discussion was about how to find a liaison where we can use those resources to cut down on our costs. But as a start-off program, almost like a small business program, we must have some seed money in order for the flower to blossom.

[Translation]

accepterait de commanditer un produit qui porterait son nom et serait diffusé dans tout le Canada, mais elle n'accepterait pas de contribuer d'une façon continue au financement de l'infrastructure qui permet de fabriquer ce produit.

En outre, même s'il est tout à fait souhaitable d'obtenir la commandite d'une société, son appui ou sa contribution financière, j'estime que les sociétés—comme Bonnie l'a dit—s'attendent à une contrepartie, et il y a un danger réel à dépendre dans une grande mesure des contributions financières des sociétés quand il faut, d'une certaine façon, faire la promotion de ses produits. Ma propre déontologie ne me permet pas de produire une brochure sur la contraception qui ferait la promotion des produits d'un fabricant quelconque de produits pharmaceutiques, et la distinction entre faire ou ne pas faire cette promotion est très subtile.

La présidence: Je voudrais maintenant savoir quelle serait la possibilité de réaliser des économies ailleurs? Vous l'avez mentionné dans votre exposé. Certainement, Santé et Bien-être Canada serait en mesure de réaliser certaines économies.

Mme Phillips: Comment cela?

La présidence: En réduisant leurs dépenses dans d'autres secteurs, car le ministère diffuse actuellement des brochures et des renseignements.

Dr Barwin: Les seules brochures que nous connaissons dans ce domaine sont celles sur le sida, qui sont diffusées par le centre d'information sur le sida. . .

La présidence: Il y a toute une section qui. . .

Dr Barwin: Et les textes qui traitent des agressions sexuelles. Là encore, il s'agit de centres d'information qui, tout en faisant partie de Santé et Bien-être, sont spécialisés et ont été créés par le ministère. Dans un certain sens, cette question devrait certainement être incorporée dans un centre d'information de cette nature, mais, pour une raison quelconque, c'est laissé à un. . . On vous dit d'aller de l'avant et de vous débrouiller.

Je suis d'accord avec vous au sujet des fabricants de produits pharmaceutiques. Ayant participé à la campagne à ce sujet, je sais qu'ils possèdent d'excellents éléments d'information. Lorsque nous étions à Montréal, hier après-midi, c'était en partie. . . En ma qualité de médecin, il est difficile pour moi d'aller quêter de l'argent auprès des sociétés pharmaceutiques. Elles nous ont donné 20,000\$ en se disant qu'elles en retireraient quelque chose également.

Elles ont d'excellentes troussees d'information. Une partie de notre mandat était d'examiner toutes ces troussees d'information. Comme nous l'avons déjà dit, nous ne voulons pas réinventer la roue. Et vous avez raison, ils ont un programme phénoménal à York. Nous avons tenté d'utiliser ce modèle pour une partie de notre programme dans Ottawa-Carleton. Ils ont des ressources extraordinaires qui proviennent en partie des sociétés Tampax et Ortho et d'autres sociétés pharmaceutiques.

Effectivement, une partie de la discussion hier portait sur la façon d'établir des liens pour aller chercher de telles ressources et réduire nos coûts. Mais pour lancer un programme, c'est presque comme une petite entreprise, il faut des capitaux de départ.

[Texte]

Second, most studies have shown that it takes about 10 years to become self-sufficient in terms of the pamphlets that have been sold. Part of the needs assessment showed that many schools and individuals were prepared to pay for pamphlets and brochures. We are hoping that one day we will be a profit-making, self-sufficient, self-supporting clearing-house, and this money could be used for other means. But it has to start somewhere.

The Chair: Thank you.

Ms Phillips: I think there would be a saving, just as the AIDS clearing-house, which is federally funded, distributes federally produced materials on AIDS. There is a similar situation with the tobacco clearing-house and the National Clearinghouse on Family Violence.

The fact that good materials are being produced by the federal government but are not being distributed widely is proven almost weekly by the fact that I get letters from provincial government organizations asking about pamphlets. It seems to me that if I am getting requests from provincial government organizations for information on sexuality, then clearly the federal mechanism—whatever that may be, it is not clear to me—is not adequate. The clearing-house could fulfil a major function in ensuring that federally produced materials are distributed across the country.

The Chair: There are certainly a lot of materials out there.

Mr. Wilbee (Delta): On the back of one of your books you talk about the video that's been produced by—it's on page 10, the growing-up series. I've had three letters from constituents concerned about the content of the video, so I sat down and watched it last night. I didn't realize you would be here today, but it is interesting that you are here after my viewing it last night. I am going to take it back to my riding and show it to a few groups to get their opinions.

I know it is not your video, but it was mentioned in your magazine.

Ms Johnson: It is a National Film Board video. It is your video.

Mr. Wilbee: That is why we get letters—they are unhappy that we are financing it, and that's why I thought I'd better see what it was. I want opinions from teachers and so on.

I have one comment on your presentation. You talked about the cost of pelvic inflammatory disease, STDs and so on. I hope you are not implying that by giving you \$500,000, this other cost will go away. We all know that since the beginning of the sexual revolution in the early 1960s, when these diseases multiplied... We used to talk about gonorrhoea, trichomoniasis and the occasional case of syphilis. Now we have many different STDs that the profession has to deal with.

[Traduction]

Ensuite, la plupart des études révèlent qu'il faut environ dix ans avant qu'un centre ne devienne financièrement indépendant grâce au nombre de dépliants vendus. L'évaluation des besoins révèle que bon nombre d'écoles et de particuliers seraient prêts à acheter des dépliants et des brochures. Nous espérons qu'un jour notre centre d'information sera financièrement indépendant et lucratif. Les profits ainsi réalisés pourront alors servir à d'autres fins. Mais il faut commencer quelque part.

La présidence: Merci.

Mme Phillips: Je crois qu'il est possible de réaliser des économies de cette façon, tout comme dans le cas du centre d'information sur le sida, qui est financé par le gouvernement fédéral et qui distribue la documentation préparée par le gouvernement fédéral. C'est la même chose en ce qui concerne le centre d'information sur le tabac et le Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Presque toutes les semaines, j'ai la preuve que la bonne documentation préparée par le gouvernement fédéral n'est pas distribuée partout, car je reçois des lettres d'organismes provinciaux qui me demandent de leur envoyer des dépliants. Si des organismes provinciaux me demandent de leur envoyer de l'information sur la sexualité, alors il est clair que le mécanisme fédéral—quel qu'il soit, et je ne sais pas exactement en quoi il consiste—n'est pas adéquat. Le centre d'information pourrait jouer un rôle important en s'assurant que la documentation préparée par le gouvernement fédéral est distribuée dans tout le pays.

La présidence: Le gouvernement fédéral prépare certainement beaucoup de documentation.

M. Wilbee (Delta): À l'endos d'un de vos livres, vous parlez d'une vidéo qui a été produite par—c'est à la page 10, la série sur la croissance. J'ai reçu trois lettres d'électeurs qui s'inquiètent du contenu de la vidéo, et j'ai donc décidé de la regarder hier soir. Je ne m'étais pas rendu compte que vous seriez ici aujourd'hui, mais je trouve intéressant que vous soyez ici alors que j'ai regardé cette vidéo hier soir. Lorsque je retournerai dans ma circonscription, je la montrerai à quelques groupes pour savoir ce qu'ils en pensent.

Je sais que ce n'est pas une vidéo que vous avez préparée, mais vous la mentionnez dans votre revue.

Mme Johnson: C'est une vidéo préparée par l'Office national du film. C'est votre vidéo.

M. Wilbee: C'est pourquoi nous recevons des lettres—les gens ne sont pas contents que nous l'ayons financée, et c'est pourquoi je me suis dit qu'il valait mieux que je voie de quoi il s'agit exactement. Je veux savoir ce que des enseignants et d'autres personnes en pensent.

J'ai une observation au sujet de votre exposé. Vous avez parlé du coût de la salpingo-oophorite, des MTS, etc. J'espère que vous ne laissez pas entendre que si l'on vous donnait 500,000\$, ces autres coûts allaient disparaître. Nous savons tous que, depuis le début de la révolution sexuelle au début des années 60, lorsque ces maladies se sont multipliées... Autrefois, on parlait de la gonorrhée, de la trichomoniasis et de rares cas de syphilis. Aujourd'hui, les professionnels de la santé doivent traiter de nombreux types différents de MTS.

[Text]

One of the biggest criticisms we hear about your program is that by providing information you increase promiscuity. You can figure out how they get there and what the rationale is, so perhaps you could comment on that. It is obvious that promiscuity is one of the major causes of the explosion of STDs. Whatever the government decides to do, they will have to answer these criticisms.

• 1655

I would like to know how it is that your program could reduce the incidence of promiscuity. Is this your goal? Or is the goal just to teach people how to be safe if they do have multiple partners? I didn't really want to get into the details of the program, but when we start talking about funding, we have to talk about program; i.e., what are we funding?

Ms Johnson: I can assure you that if I felt Planned Parenthood could in any way increase promiscuity, I would not be a part of Planned Parenthood. I am sure there is not a person at this table with me who would, either.

Did we not almost wipe out gonorrhoea in North America after the Second World War? There was an intensive program of admonishment to use condoms and be careful, along with education and increased access to services. The incidence went down dramatically.

Mr. Wilbee: Primarily because—

Ms Johnson: Of course, we cannot wipe out promiscuity. We are never going to be able to end abortions or make sure that no 13-year-old is sexually active. But because we cannot be 100% effective does not mean we do not make some efforts in this regard.

Certainly, we all believe—and the research is showing us very clearly, such as this Ontario study, which shows a 23% drop in one year in adolescent pregnancies in areas of Ontario where access to contraception and educational programs was intense. In other areas of the country there was a minimal drop. The number of teenage pregnancies is going down across Canada if we do nothing, but minimally, and they are a major problem.

Mr. Wilbee: Can you relate that to STDs, though? Are the numbers going down or going up?

Ms Johnson: Of course we can relate it. STDs are increasing and gonorrhoea is increasing most dramatically today in young women. It is going up highest in that area.

If your constituents are suggesting that education and access to services do not decrease the incidence of these diseases, why are we spending all the money on AIDS education? Why are we doing anything? Why are we conducting do-not-smoke education or driver education? It is exactly the same thing.

[Translation]

Ce que les gens reprochent surtout à votre programme, c'est qu'en fournissant de l'information, vous favorisez le libertinage. Vous savez certainement comment ils arrivent à cette conclusion, alors vous pourrez peut-être nous dire ce que vous en pensez. Il est évident que le libertinage est l'une des principales causes de l'explosion des MTS. Peu importe ce que le gouvernement décide de faire, il devra répondre à de telles critiques.

J'aimerais savoir comment votre programme pourrait réduire le libertinage. Est-ce là votre objectif, ou bien est-ce que vous cherchez tout simplement à apprendre aux gens à se protéger s'ils ont des partenaires multiples? Je n'avais pas l'intention de rentrer dans les détails du programme, mais lorsqu'on commence à parler de financement, on doit parler du programme, c'est-à-dire de ce qu'on finance.

Mme Johnson: Je peux vous assurer que si j'avais l'impression que la Fédération pour le planning des naissances du Canada pouvait de quelque façon favoriser le libertinage, je n'en serais pas membre. Je suis certaine qu'il n'y a pas une seule personne qui m'accompagne ici à cette table qui en serait membre non plus.

N'avons-nous pas presque fait disparaître la gonorrhée en Amérique du Nord après la Seconde Guerre mondiale? Il y a eu un programme intensif de prévention pour recommander aux gens d'utiliser des condoms et d'être prudents, de même qu'un programme d'éducation et un meilleur accès aux services. Cette maladie a diminué de façon draconienne.

M. Wilbee: Surtout en raison de...

Mme Johnson: Évidemment, nous ne pouvons pas faire disparaître le libertinage. Nous ne pourrions jamais mettre fin aux avortements ni nous assurer qu'aucun adolescent de 13 ans n'a de relations sexuelles. Mais ce n'est pas parce que nous ne pouvons pas être efficaces à 100 p. 100 que nous ne devons pas faire d'efforts à cet égard.

Nous croyons tous certainement... Les résultats de la recherche sont clairs. Par exemple, une étude effectuée en Ontario révèle qu'en un an, dans les régions de l'Ontario où l'on offrait des programmes intensifs d'éducation et d'accès à la contraception, les grossesses chez les adolescentes ont diminué de 23 p. 100. Dans d'autres régions du pays, il y a eu une baisse minimale. Le nombre des grossesses chez les adolescentes diminue dans tout le Canada si nous ne faisons rien, mais elles diminuent très peu, et il s'agit d'un problème important.

M. Wilbee: Pouvez-vous faire le lien avec les MTS cependant? Est-ce qu'elles augmentent ou est-ce qu'elles diminuent?

Mme Johnson: Bien sûr, nous pouvons faire le lien. Les MTS augmentent et les cas de gonorrhée augmentent de façon draconienne aujourd'hui chez les jeunes femmes. C'est la maladie qui augmente le plus rapidement.

Si vos électeurs laissent entendre que l'éducation et l'accès aux services ne font pas diminuer ces maladies, pourquoi alors consacrons-nous tant d'argent à l'éducation sur le sida? Pourquoi faisons-nous quoi que ce soit? Pourquoi avons-nous des programmes anti-tabac ou d'éducation des automobilistes? C'est exactement la même chose.

[Texte]

Studies on sex education show that we do decrease the onset of intercourse. Education alone has no impact on the amount of sexual activity that children have. But in combination with access to services, we can decrease it.

If you would like that research material, we can certainly see that you receive it.

Mr. Wilbee: I would appreciate that.

Ms Johnson: SIECCAN is one of the largest research organizations in Canada conducting that kind of work. I am sure you have one of these reports in your office. We sent a copy of the outline, but I can see that you receive a final copy. I think the McMaster study is the most recent and up-to-date work we have in this area.

Yes, of course, there is multiple research to show that we can reduce the incidence of STDs.

Dr. Barwin: One of the brochures I hope we will be able to publish is by Planned Parenthood in Manitoba and was sponsored by Lynn Johnson, of cartoon fame through *For Better or Worse* in the weekend and daily papers, who has a beautiful cartoon on that subject, saying it is okay to say no and trying to build up a person's self-esteem and self-worth. Part of the program is oriented to kids. We hope this kind of comic strip will have some impact regarding the fact that someone should not be pressured into early intercourse.

You were quite right, the trouble with measuring STDs and their impact does take years before we actually see a drop in numbers. I would agree with you that penicillin was probably one of the bigger breakthroughs with regard to the drop in gonorrhoea, as well as public education.

Mr. Pagtakhan: With respect to the cost of publications produced by Health and Welfare Canada and to the extent that this cost would reduce their budget proposal, those figures would, of course, only be available if we seek the information ourselves, as a committee, from Health and Welfare Canada. I would submit that with regard to the difficulty on their part in obtaining that piece of information, we should take the onus on ourselves to obtain it, because it is a very legitimate point.

Secondly, I would like to ask your group a question for clarification. I was listening to Dr. Wilbee and I know you have carried out the feasibility study. Did that study include the type of question Dr. Wilbee asked with regard to the STDs and this other matter?

• 1700

Ms Johnson: The study involved looking at people who accept those programs, such as educators, public health nurses, physicians, and social service workers, and asking them what they needed. This is what they told us they need.

[Traduction]

Les études sur l'éducation sexuelle révèlent que nous ne retardons pas le début des activités sexuelles. L'éducation à elle seule n'a aucune conséquence sur la fréquence des activités sexuelles chez les enfants. Mais si l'on y ajoute l'accès aux services, nous pouvons obtenir des résultats.

Nous pouvons certainement vous faire parvenir les résultats de ces recherches, si cela vous intéresse.

M. Wilbee: Je vous en saurais gré.

Mme Johnson: CECAN est l'un des plus grands organismes de recherche au Canada qui effectue ce genre de travail. Je suis certaine que vous avez un de ses rapports dans votre bureau. Nous avons envoyé un exemplaire du résumé, mais je peux m'occuper de vous faire parvenir le document définitif. Je pense que l'étude de McMaster est la plus récente et la plus à jour qui existe à l'heure actuelle dans ce domaine.

Oui, bien sûr, de nombreuses études révèlent que nous pouvons réduire les MTS.

Dr Barwin: L'un des dépliants que nous espérons être en mesure de publier a été préparé par «Planned Parenthood Manitoba» (le centre de planning des naissances du Manitoba) à l'initiative de Lynn Johnson, auteur de la bande dessinée bien connue *For Better or Worse*, qui paraît dans les hebdomadaires et les quotidiens. Lynn Johnson a une très belle bande dessinée sur le sujet qui a pour message qu'on peut dire non et qui cherche à renforcer l'estime de soi et la confiance en soi. Une partie du programme s'adresse aux jeunes. Nous espérons que ce genre de bande dessinée fera comprendre aux jeunes qu'ils ne doivent pas se sentir obligés d'avoir des relations sexuelles.

Vous aviez tout à fait raison, il faut des années avant de pouvoir constater vraiment une diminution des MTS et de leurs conséquences. Je suis d'accord avec vous lorsque vous dites que la pénicilline a sans doute été l'une des plus grandes découvertes qui a permis de diminuer les cas de gonorrhée. Mais il y a eu également l'éducation publique.

M. Pagtakhan: En ce qui concerne le coût des publications produites par Santé et Bien-être Canada et la mesure dans laquelle ce coût pourrait réduire leur proposition budgétaire, évidemment, notre comité ne pourra obtenir ces chiffres que s'il en fait lui-même la demande auprès de Santé et Bien-être Canada. Je dirais qu'étant donné que vous avez tant de difficultés à obtenir ces renseignements, nous devrions nous engager à essayer de les obtenir nous-mêmes, car c'est un point tout à fait légitime.

Ensuite, j'aimerais poser à votre groupe une question pour clarifier un point. J'ai écouté ce que disait M. Wilbee, et je sais que vous avez effectué une étude de faisabilité. Cette étude comprenait-elle le genre de question que M. Wilbee vous a posée au sujet des MTS?

Mme Johnson: Dans le cadre de cette étude, nous avons demandé à ceux qui acceptent ce programme, à savoir les enseignants, les infirmières de santé publique, les médecins et les travailleurs sociaux, quels étaient leurs besoins. C'est de cela qu'ils nous ont dit avoir besoin.

[Text]

Mr. Pagtakhan: The reason I ask this question is because there is sometimes a way of getting funding, not immediately for program delivery, but program delivery is looked upon as a clinical epidemiological research project which has been conducted in universities and hospitals.

Now, the NHRDP may be one proper institution to which an epidemiological type of study could be submitted. I will suggest to you, if I may, that you perhaps approach on a volunteer basis some of the departments of social sciences and humanities, and the epidemiologists to see if a study can be proposed. Such a study is an applied study that will test exactly what you have already shown in terms of people's need for information, but will go one step further. Now you're trying to ask whether they are now achieving ultimate objective.

To me, that would be a very exciting piece of applied research and will tell us how much more we have to do. It will contain an in-built test of the very integrity of the program itself and will provide and harness the credibility of the program. We have done the same thing in another way in university hospitals. So if I can leave you with that message, you can take it for what it may be worth.

On the last point, there is in your budget proposal and in the news bulletin a figure of \$150,000 for the SIRCH component alone, without which the operation will stop. Is that figure correct?

Madam Chair, I did not receive any response to my earlier challenge when I opened my proposal of the appropriate motion and a few of our members had to go to other competing business of the House. I realize that; I had some other business as well. I wonder what the pleasure of this committee is now, Madam Chair. They have asked us what we will do. The day ends. If we have no motion whatsoever—

The Chair: We cannot have a motion. But I was thinking that what might be useful would be to have representatives of Health and Welfare come before the committee and get their comments on this issue and question them about it.

Mr. Pagtakhan: So do you suggest that a motion at this time along the lines suggested will be inappropriate?

The Chair: We don't have a quorum. We've lost the quorum. But as chair, if it's the wish of the committee, I could invite Health and Welfare officials in. That will have to be done after next week because the budget's coming down next week and we're pretty heavily booked. It would have to be during the second week of March, although we're in Washington then. We've also asked for the minister to appear. We could put that appearance on the same agenda.

Mr. Pagtakhan: For how many hours are we having the minister here?

The Chair: I'm asking what topics you would like considered at that meeting, then we'll decide. It would be for at least two hours.

[Translation]

M. Pagtakhan: Si je pose cette question, c'est qu'il y a parfois une façon d'obtenir du financement, non pas immédiatement pour l'exécution d'un programme, mais l'exécution d'un programme est considérée comme un projet de recherche en épidémiologie clinique qui a été effectué dans des universités et des hôpitaux.

Or, il conviendrait peut-être de présenter ce genre d'études épidémiologiques au PNRDS. Si vous me le permettez, je vous suggérerais de faire vous-mêmes des démarches auprès des départements des sciences sociales et des humanités et auprès des épidémiologistes pour leur proposer de faire une étude. Il s'agirait d'une étude appliquée qui mettrait à l'épreuve ce que vous avez déjà démontré, c'est-à-dire que les gens ont besoin d'information, mais qui irait un peu plus loin. Il s'agirait de voir si l'objectif ultime est maintenant atteint.

À mon avis, il serait très intéressant de faire une telle recherche appliquée qui nous permettrait de savoir ce que nous devons faire de plus. Cette recherche mettrait à l'épreuve l'intégrité même du programme et lui donnerait de la crédibilité. Nous avons fait la même chose d'une autre façon dans les hôpitaux universitaires. Voilà donc mon message, prenez-le pour ce qu'il vaut.

Enfin, vous dites dans votre proposition budgétaire et dans le bulletin qu'il faut allouer une somme de 150,000\$ au CIRS, sans quoi le centre ne pourra plus fonctionner. Ce chiffre est-il exact?

Madame la présidente, je n'ai pas reçu de réponse tout à l'heure lorsque j'ai proposé une motion et que quelques membres de notre comité ont dû partir pour participer à d'autres travaux de la Chambre. Je comprends cela; moi aussi j'avais d'autres engagements. Je me demande ce que le comité souhaite faire maintenant, madame la présidente. Ils nous ont demandé ce que nous allions faire. La journée s'achève. Si nous n'avons pas de motion...

La présidence: Nous ne pouvons pas recevoir de motion. Mais j'ai pensé qu'il serait peut-être utile d'inviter des représentants de Santé et Bien-être Canada à comparaître devant le comité. Ils pourront nous faire part de leurs observations sur le sujet et nous pourrions leur poser des questions.

M. Pagtakhan: Voulez-vous donc dire qu'il ne conviendrait pas à ce moment-ci de proposer une telle motion?

La présidence: Nous n'avons pas le quorum. Nous avons perdu le quorum. Mais à titre de présidente du comité, si le comité le désire, je pourrais inviter des fonctionnaires de Santé et Bien-être Canada. Il faudra que ce soit après la semaine prochaine, parce que la semaine prochaine, il y a la présentation du budget, et nous sommes très pris. Il faudra que ce soit au cours de la deuxième semaine de mars, mais nous serons alors à Washington. Nous avons en outre demandé au ministre de comparaître. Il pourrait comparaître en même temps.

M. Pagtakhan: Pendant combien de temps le ministre sera-t-il à la disposition du comité?

La présidence: Je vous demande quel sujet vous aimeriez aborder lors de cette réunion, puis nous déciderons. Ce sera pour au moins deux heures.

[Texte]

Mr. Pagtakhan: At least, and preferably three hours.

The Chair: We could ask that he comment on this matter, because obviously all members are interested.

Mr. Pagtakhan: I will defer to your decision, Madam Chair, knowing that there is no point in insisting on a motion, as we have no quorum at this time. I hope you will understand the situation at this point. The quorum has disappeared, although through no one's fault.

The Chair: It took a long time to get a quorum, then it disappears before we can have a motion.

Are there any further questions? Thank you very much. We'll question the minister when he comes to the committee on the other item.

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): The presentation has been very informative.

Ms Johnson: Will that be a private meeting?

The Chair: No, we've decided that this committee will meet in public all the time, even to discuss business, unless there's a motion of the committee to go in camera.

Ms Johnson: Could we be kept informed of any presentations or meeting at which our topic might be coming up?

The Chair: You could be advised when the minister comes before us on the estimates, which will include this topic.

Ms Johnson: And Health and Welfare as well. Would that be a separate meeting?

• 1705

The Chair: Why not get our minutes? Then you can be on our list.

Thank you very much.

The meeting is adjourned.

[Traduction]

M. Pagtakhan: Au moins, et préférablement trois.

La présidence: Nous pourrions lui demander ce qu'il pense de la question, car il est évident que cela intéresse tous les députés.

M. Pagtakhan: Je m'en remets à votre décision, madame la présidente, car je sais qu'il est inutile d'insister pour proposer une motion puisque nous n'avons pas le quorum. J'espère que vous comprendrez la situation. Nous n'avons plus le quorum, mais ce n'est pas la faute de qui que ce soit.

La présidence: Cela a pris beaucoup de temps avant que nous ayons le quorum, puis nous l'avons perdu avant de pouvoir présenter une motion.

Y a-t-il d'autres questions? Merci beaucoup. Nous poserons des questions au ministre lorsqu'il comparaitra devant notre comité pour l'autre question.

Mme Anderson (Simcoe-Centre): La séance a été très informative.

Mme Johnson: Cette séance sera-t-elle à huis clos?

La présidence: Non, nous avons décidé que notre comité tiendra toujours des séances publiques, même pour discuter de ses travaux, à moins qu'une motion soit proposée afin que le comité siège à huis clos.

Mme Johnson: Pourriez-vous nous tenir au courant de toute séance au cours de laquelle la question qui nous intéresse pourrait être discutée?

La présidence: Vous serez avisée lorsque le ministre comparaitra devant notre comité pour examiner le budget des dépenses. Cette question sera abordée au cours de cette séance.

Mme Johnson: Et les représentants de Santé et Bien-être également. Vont-ils comparaître au cours d'une autre séance?

La présidence: Nous pouvons ajouter votre nom sur notre liste d'envoi si vous voulez recevoir nos procès-verbaux et témoignages.

Merci beaucoup.

La séance est levée.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

K1A 0S9

Ottawa

*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9*

WITNESSES

From Planned Parenthood Federation of Canada:

Bonnie Johnson, Executive Director, PPFC;

Gillian Phillips, Director, Sexuality Information and Resources Clearing House (SIRCH);

Dr. Norman Barwin, Past president, PPFC;

Mary Huband, Board of Directors, PPFC;

Nancy Sunderland, Member, (SIRCH).

TÉMOINS

De la Fédération pour le planning des naissances du Canada:

Bonnie Johnson, directrice exécutive, FPNC;

Gillian Phillips, directrice, Centre d'information et de ressources sur la sexualité (CIRS);

D^r Norman Barwin, ancien président, FPNC;

Mary Huband, Conseil d'administration, FPNC;

Nancy Sunderland, membre, (CIRS).



CANADA

INDEX

STANDING COMMITTEE ON

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

HOUSE OF COMMONS

Issue 1 • 1991 • 3rd Session • 34th Parliament

Published under authority of the Speaker of the House of Commons
by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE TO THE USER

This index is subject-based and extensively cross-referenced. Each issue is recorded by date; a list of dates may be found on the following page.

The index provides general subject analysis as well as subject breakdown under the names of Members of Parliament indicating those matters discussed by them. The numbers immediately following the entries refer to the appropriate pages indexed. The index also provides lists.

All subject entries in the index are arranged alphabetically, matters pertaining to legislation are arranged chronologically.

A typical entry may consist of a main heading followed by one or more sub-headings.

Income tax

Farmers

Capital gains

Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash.

Capital gains *see* Income tax—Farmers

The most common abbreviations which could be found in the index are as follows:

1r, 2r, 3r, = first, second, third reading A = Appendix amdt. = amendment Chap = Chapter
g.r. = government response M. = Motion o.q. = oral question qu. = question on the
Order Paper R.A. = Royal Assent r.o. = return ordered S.C. = Statutes of Canada
S.O. = Standing Order

Political affiliations:

BQ	Bloc Québécois
Ind	Independent
Ind Cons	Independent Conservative
L	Liberal
NDP	New Democratic Party
PC	Progressive Conservative
Ref	Reform Party of Canada

**For further information contact the
Index and Reference Service — (613) 992-8976
FAX (613) 992-9417**

I N D E X

HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE

THIRD SESSION—THIRTY-FOURTH PARLIAMENT

DATES AND ISSUES

—1991—

May: . 21st, 22nd, 23rd, 28th, 1.

June: 4th, 5th, 12th, 1.

Anderson, Edna (PC—Simcoe Centre)

References, *in camera* meetings, 1:120

Axworthy, Chris (NDP—Saskatoon—Clark's Crossing)

References, *in camera* meetings, 1:120

Clancy, Mary (L—Halifax)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Cole, John E. (PC—York—Simcoe)

References, *in camera* meetings, 1:119, 121-2

Committee

Reconstituted Standing Committee, separate and distinct, 1:ix

Staff, consultant, hiring, R. Deber, 1:120

Deber, Raisa (Committee Consultant)

References

In camera meetings, 1:121

See also Committee

Greene, Barbara (PC—Don Valley North)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Guarnieri, Albina (L—Mississauga East)

References, *in camera* meetings, 1:120

Halliday, Bruce (PC—Oxford)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Health care funding

Committee study, *in camera* meetings, 1:119-22

Joncas, Jean-Luc (PC—Matapédia—Matane)

References, *in camera* meetings, 1:122

Karpoff, Jim (NDP—Surrey North)

Karpoff, Jim—*Cont.*

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Madore, Odette (Committee Researcher)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Pagtakhan, Rey (L—Winnipeg North)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Porter, Bob (PC—Medicine Hat) (Chairman)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Procedure and Committee business

Committee, reconstituted Standing Committee, 1:ix

In camera meetings, 1:119-22

Printing, report to House, 3000 copies, tumble bilingual format, with distinctive cover page, 1:122, agreed to

Report to House

Chairman presenting to House, 1:122, agreed to

Draft

Adopting, 1:122, agreed to

Consideration, 1:119-22

Editor, hiring, 1:120, agreed to

Government response, requesting, 1:122, agreed to

Minority report, appending, 1:122, agreed to

Title, 1:122, agreed to

Staff

Commendation, 1:122, agreed to

Consultant, fee, limits, 1:122, agreed to

Report to House, 1:1-117

Vance, Joan (Committee Researcher)

References, *in camera* meetings, 1:119-22

Wilbee, Stan (PC—Delta)

References, *in camera* meetings, 1:120-2

- Anderson, Edna** (PC—Simcoe-Centre)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:130
- Axworthy, Chris** (NPD—Saskatoon—(Mark's Crossing)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:130
- Clancy, Mary** (L—Halifax)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Cole, John E.** (PC—York—Simcoe)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Comité**
(conseiller, honoraires, I:130, 132
Séances à huis clos, I:129-32
- Greene, Barbara** (PC—Don Valley-Nord)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Guarneri, Albina** (L—Mississauga-Eri)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:130
- Halliday, Bruce** (PC—Oxford)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Joncas, Jean-Luc** (PC—Matapédia—Matane)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:132
- Karpoit, Jim** (NPD—Surrey-Nord)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Ordre de renvoi**
Santé et Bien-être social, Affaires sociales, Troisième âge et Condition féminine, reconstitution, I:ix
- Paglakhan, Rey** (L—Winnipeg-Nord)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Porter, Bob** (PC—Médecine Hat) (président du Comité)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:129-32
- Rapport à la Chambre**
Premier (*Le régime de soins de santé au Canada et son financement: des choix difficiles*), I:1-126
- Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport**
Adoption et impression, I:132
Gouvernement, réponse demandée, I:132
Projet, étude, I:129-32
- Soins de santé**
Rapport à la Chambre, I:1-126
- Wilbee, Stan** (PC—Delta)
Régime de soins de santé au Canada et son financement, rapport, projet, étude, I:130-2

INDEX

COMITÉ PERMANENT DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

TROISIÈME SESSION—TRENTÉ-QUATRIÈME LÉGISLATURE

DATES ET FASCICULES

—1991—

Mat:	les 21, 22, 23 et 28, f.1.
Jun:	les, 4, 5 et 12, f.1.

Cet index est un index croisé couvrant des sujets variés. Chaque fascicule est enregistré selon la date et cette référence se trouve à la page suivante.

L'index contient l'analyse des sujets et les noms des participants. Chaque référence apparaît sous les deux rubriques afin de faciliter l'accès par le nom de l'intervenant ou par le sujet. Les chiffres qui suivent les titres ou sous-titres correspondent aux pages indexées. Certains sujets d'importance font aussi l'objet de descripteurs spéciaux.

Les noms des intervenants et les descripteurs sont inscrits dans un ordre alphabétique. Certaines entrées relatives à la législation sont indexées chronologiquement.

Une entrée d'index peut se composer d'un descripteur en caractères gras et d'un ou de plusieurs sous-titres tels que:

Impôt sur le revenu
Agriculteurs
Gains en capital

Les renvois à un premier sous-titre sont indiqués par un long trait.

Gains en capital. Voir Impôt sur le revenu—Agriculteurs

Les abréviations et symboles que l'on peut retrouver dans l'index sont les suivants:

1^{re}, 2^e, 3^e l. = première, deuxième, troisième lecture. A. = appendice. Am. = amendement. Art. = article. Chap. = chapitre. Dd. = ordre de dépôt de documents. Déc. = déclaration. M. = motion. Q.F. = question au *Feuilleton*. Q.O. = question orale. R.g. = réponse du gouvernement. Rés. = résolution. S.C. = Statuts du Canada. S.r. = sanction royale.

Affiliations politiques:

BQ	Bloc Québécois
Cons. Ind.	Conservateur indépendant
Ind.	Indépendant
L	Libéral
NPD	Nouveau parti démocratique
PC	Progressiste conservateur
Réf.	Parti réformiste du Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser
au Service de l'index et des références (613) 992-7645.
Télécopieur (613) 992-9417

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des
communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.
En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

Published under authority of the Speaker of the House of Commons
by the Queen's Printer for Canada.
Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada KIA 0S9

CHAMBRE DES COMMUNES

Santé et du Bien-être social, des
Affaires sociales, du Troisième âge
et de la Condition féminine

COMITÉ PERMANENT DE LA

DU

INDEX

CANADA



JUN 3 1992

